Eina kartą per mėnesį | 1942 m. | XXIII METAI

Nr. 10 | Spalių mėn. | Nr. 10

LIETUVIŠKOJI MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS MOKSLO
BEI PRAKTIKOS
IR GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Med. d-ras K. Grinius (nuo Liet. Sveikatos Valdybos), **prof. med. d-ras V. Kanauka** (nuo V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto) ir **med. d-ras J. Staugaitis** („L. Medicinos" redaktorius)

LEIDĖJAI:
Liet. Sveikatos Valdyba ir V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas

Redaktorius
Med. d-ras J. Staugaitis

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, tel. 2-15-07

SKELBIMŲ KAINA:
20 — 30 RM puslapiui

PRENUMERATOS KAINA:
metams 20 RM, pusmečiui 10 RM

Šio numerio kaina 3 markės

TURINYS.

V. Paprockas: Arteriografija kaip diagnostinė priemonė 761
A. Kaminskienė: Kūdikių plaučių uždegimo gydymas sulfamidais 790
J. Margenis: Hipertonija arba hipertensija ir jos gydymas .. 800
St. Čepulis, adj.: Stomatologinių ligų klinika Vilniaus miesto bei krašto statistinių žinių šviesoje 811
Referatai (Vidaus ligos, akušerija ir ginekologija, stomatologija ir dentiatrija) 829
Klinikos ir praktikos patyrimai 837

INHALTVERZEICHNIS.

V. Paprockas: Arteriographie als diagnostisches Hilfsmittel.
A. Kaminskienė: Sulfidinbehandlung der Lungenentzündung der Säuglinge.
J. Margenis: Hypertonie oder Hypertension und seine Behandlung.
St. Čepulis, adj.: Stomatologische Klinik im Stadt u. Land Wilna in statistischer Beleuchtung.
Referate (Innere Krankheiten, Geburtshilfe und Gynäkologie, Stomatologie und Zahnheilkunde).
Erfahrungen aus Klinik und Praxis.

Nuo „Liet. Medicinos" Redakcijos.

Šiuo pranešama, kad „Liet. Medicinos" žurnalas eis kaip ėjęs ir toliau; tiktai nuo 1942 m. lapkričio mėn., t. y. pradedant nuo „Liet. Medicinos" 11 num., del gaunamo popierio aprėžimo paskiri mėnesiniai šito žurnalo numeriai bus sumažinti ligi 4 lankų (64 pusl.). Tuo būdu „Liet. Medicinos" 1942 m. dvilypis 11—12 num., skirtas tuberkuliozės problemoms nagrinėti, išeis 1943 m. sausio mėnesio antroje pusėje ne didesnis kaip 7—8 lankų.

Del susidėjusių aplinkybių „Liet. Medicinos" Redakcija Gerbiamiesiems savo bendradarbiams siūlo šias bendradarbiavimo sąlygas:

1. „Liet. Medicinai" skiriami medicinos mokslo straipsniai turi būti ne ilgesni kaip 7—8 puslapių spausdinto teksto, t. y. ne ilgesni kaip 14—16 pusl. rašyto popierio arba 11—12 pusl. rašomąja mašinėle rašyto popierio.

Ilgesni straipsniai bus dedami „Liet. Medicinoje" tiktai išimtiniais atvejais, atsižvelgiant į jų ypatingą mokslišką vertę ir iš anksto susitarus su „Liet. Medicinos" Redakcija.

2. Bus vengiama dėti „L. Medicinoje" ilgus apyskaitinius ir šiaip menkesnės vertės straipsnius bei šiaip įvairius rašinius.

3. Gerbiamieji bendradarbiai prašomi, kiek tik galima, trumpinti referatus, klinikos bei praktikos patyrimus, straipsnių pabaigoje dedamus naudotosios literatūros sąrašus ir savų straipsnių autoreferatus.

4. Taip pat Gerbiamieji bendradarbiai prašomi, kiek tik galima, mažinti savo straipsniuose dedamų atvaizdų bei rentgenogramų skaičius. Reikia žinoti, kad ypačiai pastarosios gaunamame blogos rūšies popieryje išeina labai neaiškios ir neryškios, kartais net visai nesuprantamos.

„LIET. MEDICINOS" REDAKCIJA.

LIETUVIŠKOJI
MEDICINA
žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams

XXIII met. | 1942 m. spalių mėn. | Nr. 10

Gyd. V. Paprockas.

Arteriografija kaip diagnostinė priemonė.

(V. D. Un-to Hospitalinė Chirurginė klinika).

Pirmą kartą arteriografiją buvo padaręs 1923 metais Sicard; tačiau jos pionieriumi laikomas Egas Monitz, kuris 1927 metais diagnostikos reikalu padarė ligoniui pirmą cerebralinę angiografiją. Nuo to laiko arteriografija, plačiau kalbant, vaso-, angiografija, ne tiktai pažengė į priekį, bet ir spėjo užsirekomenduoti kaip rimta, o kai kuriais atvejais vienintelė ir tiksli diagnostinė priemonė. Jeigu šiandien vis delto randame vieną kitą klinicistą, kuris pernelyg retai vartoja arteriografiją, tai čia iš dalies yra kaltas trumpas jos egzistencijos laikotarpis, iš dalies perdėta baimė pakenkti ligoniui į organizmą suleidžiamu kontrastiniu preparatu bei pačiu įsikišimu, o iš dalies nepakankamai išryškėję, su šita tyrimo metode susiję, kai kurie klausimai. Šitai metodei patobulinti ir išpopuliarinti ypatingai daug yra prisidėjęs Dos Santos, kuris tam reikalui sukonstruavo specialų aparatą ir 1931 metais pasiūlė kontrastiniu preparatu koloidinį thorium'o dioksidą, išleistą Heyden'o firmos (Redebeul, Dresden) thorotrast'o vardu (ampulės po 12 ccm). Arteriografijai taip pat yra nusipelnę Bazy, Racine, Reboul, Lériche, Löhr, Tönnis ir kt.

Mūsų klinikos patyrimas šitoje srityje nėra didelis; pradžioje netobula rentgeno aparatūra, o vėliau kontrastinės medžiagos stoka neleido plačiau pavartoti šitos metodės. Tačiau susirinkusi negausi, bet įdomi medžiaga davė akstiną šituo klausimu viešai išsitarti.

Pirmą kartą mūsų klinikoje arteriografija buvo padaryta 1939 metais, kai reikėjo išspręsti šis gana sunkus klausimas:

Anamnezė. 1939 m. gruodžio mėn. 7 d. atvyko į kliniką iš Ukmergės ligonis J. St. (lig. ist. 4952 nr.), 28 metų amžiaus, autobuso konduktorius, skųsdamasis, kad yra nutirpusi, šalta ir pamėlynavusi dešinioji ranka; negalįs kaip reikiant ištiesti pirštų. Prieš dvi dienas autobusas

tą ranką žąsto srityje buvęs prispaudęs prie sienos; nuo to laiko jinai esanti nutirpusi, šalta. Tą pačią dieną jis atsigulęs į apskrities ligoninę, kur buvęs gydomas kompresais. Kitą dieną iš ten buvęs siųstas į mūsų klinikos ambulatoriją, kur, ranką įdėjus į įtvarą, patarta gydytis namie. Nematydamas pagerėjimo ir vietos gydytojo paskatintas, parai praslinkus, ligonis vėl grįžta į Kauną, norėdamas gauti tikslų atsakymą, ar teks toji ranka amputuoti? Gydytojas jam sakęs, kad be amputacijos neapsieisią, todėl ligonis rankos likimu labai susirūpinęs. Teko paguldyti jis į kliniką.

Status specialis. Tvirtos kūno sudėties, raumeningas vyras. Addukciniame žasto apatinės dalies paviršiuje, maždaug kūdikio galvutės didumo plote, yra odos pasruvimas krauju; žastas patinęs. Aa. radialis et ulnaris tvinksnis neapčiuopiamas. Ranka šaltoka ir išblyškusi. Plaštakos srityje ekstenzinių judesių nėra — laesio n. radialis.

Padaryta arteriografija. Vietinėje ¼% tutokaino anestezijoje atseparavus viršutiniame žasto trečdalyje art brachialis, suleista 20 ccm thorotrast'o. Suleidus kontrastpreparato, galūnė pasidarė dar šaltesnė, bet netrukus ligonis pradėjo justi toje rankoje šilimą. Po kelių dienų art. radialis tvinksnis buvo apčiuopiamas gana gerai, tačiau žymiai blogiau, negu antrojoje rankoje.

Arteriograma parodė: Aukščiau alkūnės yra 8 cm ilgio kraujagyslės nepraeinamumas — trombas, tačiau kolateralinė kraujotaka gera, nes ryškiai kontrastavosi distalinės art. brachialis šakos.

Arteriografijos dėka galima buvo konstatuoti, kad:

1) arterija nėra plyšusi ir chirurgiškas įsikišimas nėra reikalingas;
2) kolateralinė apytaka gera; rankai pavojus negresia.

Pasirėmus šitais duomenimis, ligoniui buvo pasakyta, kad gali vykti namo, — nes rankos amputuoti nereikės. XII. 15 d. ligonis išleistas žymiai pagerėjęs. Praslinkus pusei metų, jis buvo atvykęs į kliniką pasitikrinti. Ranka rasta normalios išvaizdos, be žymesnės raumenų atrofijos, stipri, gerai apčiuopiamas art. radialis tvinksnis.

Arteriografijai šitas atsitikimas buvo pasirinktas dar ir todėl, kad nevisai aiški buvo art. radialis et art. ulnaris tvinksnio išnykimo priežastis. Spėlioti trys galimumai traumos vietoje: 1) žasto arterijos trombu užsikimšimas, 2) kraujagyslės plyšimas ir 3) kraujagyslės spazmas. Arteriogramos dėka laimėjo pirmoji pažiūra. Deja, pačios arteriogramos pateikti negalima, nes klinikai kilnojantis ji yra dingusi.

Paprastai arteriograma vienu metu išsprendžia kelis neaiškius klausimus. Galūnės kraujotakos sutrikimo atveju ji nurodo patologiško proceso esmę, lokalizaciją, palengvina nuspėti prognozę, padeda pasirinkti terapiją ir, jeigu yra reikalas galūnę amputuoti, gana tiksliai nurodo amputacijos aukštį. Iliustracijai paimsime šį atsitikimą:

Ligonis B. K. (lig. ist. 4852, 6360 nr. nr. 1940 m. ir 780 nr. — 1941 m.), 38 metų amžiaus, įstaigos tarnautojas. Atvyko į mūsų kliniką 1940. XI. 29 d. skųsdamasis, kad skaudąs kairysis kojos nykštys. Poliklinikoje jam pripažinę esant įaugusį nagą. Viena gydymo įstaiga, kurioje jis gulėjo nuo 1940. X. 24 d. iki 1940. X. 29 d., jį išrašė su diagnoze „hallux valgus utriusque"; antra, kurioje gulėjo nuo 1940. XI. 25 d. iki 1940. XI.

29 d., traktavo kaip „morbus Raynaud." Su pastarąja diagnoze jis pateko į mūsų kliniką.

Anamnezė. Sergąs 2 mėnesius. Iš pradžių protarpiais dieną ir ypač naktį suimdavę skausmai, atsiradę kairiosios kojos nykštyje, tarytum adatomis badydavę visą pirštą ir ypač piršto galą. Labiausiai skaudą, kai koja apmauta kojine arba apauta batu, — žodžiu, kai ką nors liečia. Skaudą nuo karšto ar šalto vandens; apskritai, šilimos ir šalčio koja nepakenčianti. Atsiradus kairiojoje kojoje skausmams, patinusi tos pačios kojos čiurna. Lankstant pėdą skaudąs čiurnos sąnarys iš priekio. Iš pat pirmųjų dienų pastebėjęs, kad tarpais kairiosios kojos nykštys esąs šaltas, bet koja tuo laiku dar nepamėlynuodavusi. Skausmai ėmę kartotis vis dažniau ir intensyvėję, ypač buvę skausmingi nykščio judesiai per pirmąjį falangos sąnarį. Po keturių savaičių pastebėjęs tarpais atsirandantį piršto pamėlynavimą. Dabar nykštys skaudąs visą laiką, ypač gulint; sunkiai priminąs kairiąja koja.

1922 metais sirgęs ūminiu sąnarių reumatu; buvę sutinę abudu čiurnos sąnariai. Vėliau kartotinai šita liga nesirgęs. Būdamas jaunas 3 kartus sirgęs plaučių uždegimu. Prieš dvejus metus sirgęs gripu. Venerines ligas neigia. Kojų nebuvęs nusišaldęs.

Per dieną surūkąs apie 20 papirosų. Rūkąs nuo 17 metų amžiaus. Retkarčiais išgeriąs.

Tėvas miręs senatvėje, motina — gyva, sveika. Turįs tris seseris ir du brolius. Broliai ir viena sesuo sveiki; apie kitų sveikatą nieko nežinąs. Nevedęs.

Gyvenamas kambarys geras, saulėtas, žiemą šaltokas. Maistas geras.

Status praesens: Taisyklingo kūno sudėjimo, vidutinio ūgio ir mitybos. T^0-ra normali.

Kraujo apytakos organai. Širdies ribos: Kairioji 1,5 cm į dešinę nuo lin. mammillaris sin.; dešinioji — 1 cm į dešinę nuo linea sternalis dextra. Širdies skersmuo 10,5 cm. Tonai ties viršūne ir krūtinkauliu — stiprūs, švarūs ir aiškūs, ties aorta ir art. pulmonalis — silpnesni, bet švarūs. Tvinksnis 65 kartus per minutę, gerai prisipildęs ir ritmiškas.

Kvėpuojamieji organai. Plaučių užpakalinė riba ties XII krūtinės stuburkaulio viršutiniu kraštu; paslankumas trijų pirštų platumo. Perkusinis garsas nepakitęs. Auskultuojant vezikuliarinis alsavimas.

Virškinamieji organai. Liežuvis neapžėlęs, burnos gleivinė normali, vienas dantis plombuotas, tonsilės neparaudusios. Pilvas palpuojant ir perkutuojant neskausmingas. Viduriai normalūs. Kepenys ir blužnis neapčiuopiami.

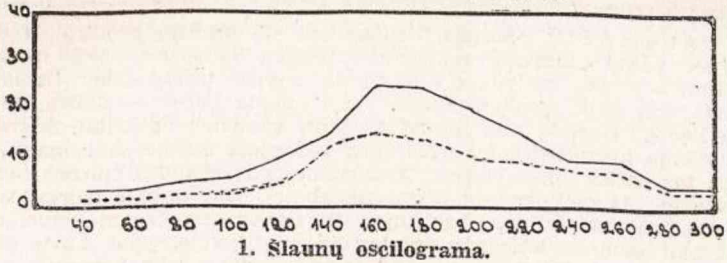
Uro-genitalinė sistema. Inkstų sritis perkutuojant neskausminga. Šlapinimosi organais nesiskundžiąs.

Nervų sistema. Patologinių refleksų nėra.

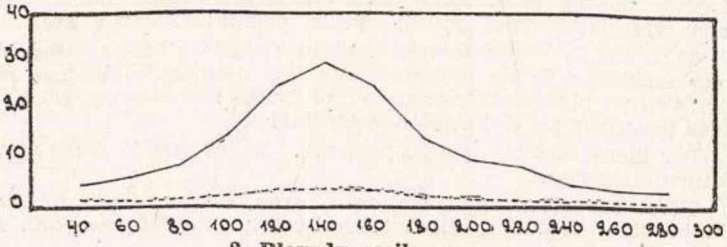
Limfinės liaukos neapčiuopiamos.

Status specialis. Abiejų kojų nedidelio laipsnio hallux valgus. Kairioji pėda pamėlynavusi, ypač intensyviai pamėlynavę pirštai. Nykštys liečiant skaudamas. Visa pėda ir kairiosios blauzdos žemutinis trečdalis aiškiai šaltesnis. Kairioji čiurna truputį patinusi. Art. dorsalis pedis sin. tvinksnis neapčiuopiamas. Kraujo vaizdas pagal Schilling'ą normalus, Westergreen 1 val. — 16; 2 val. — 29. Šlapimuose n. yp. Kairiosios blauzdos odos temperatūra 30,5^{0}C, dešiniosios blauzdos — 32,6^{0}C. WaR neigiama. Rentgenologiškas krūtinės tyrimas nieko ypatingo nedavė. Padarytas abiejų viršutinių ir apatinių galūnių oscilometriškas tyrimas. (Žiūr. 1, 2 ir 3 oscilogramas).

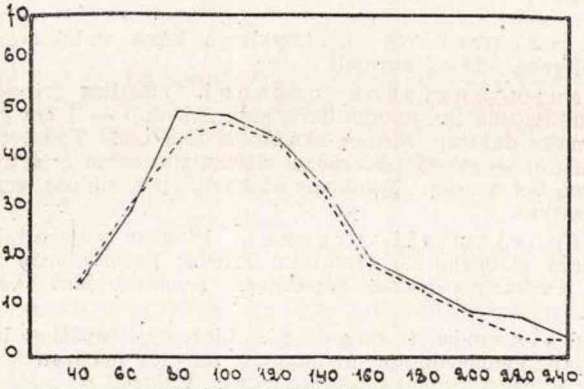
LIG. B. K. TRYS OSCILOGRAMOS.



1. Šlaunų oscilograma.



2. Blauzdų oscilograma.



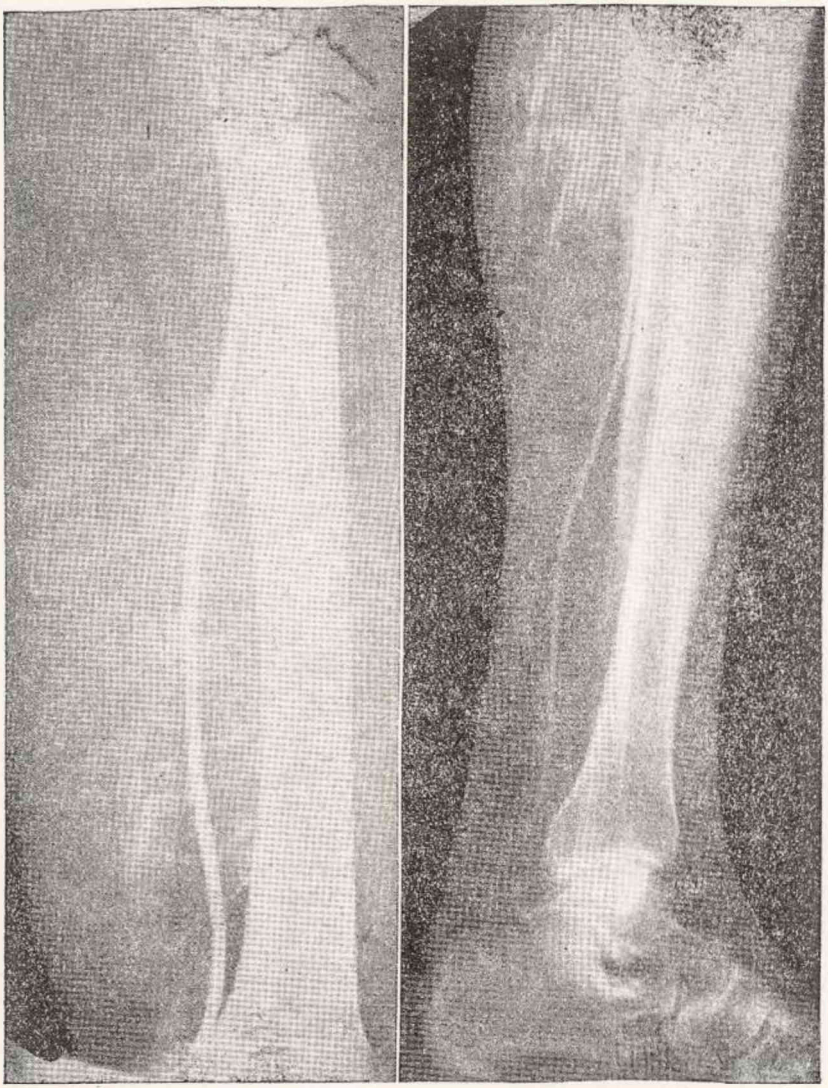
3. Žastų oscilograma.

——— Dešinioji galūnė.
- - - - - - - Kairioji galūnė.

XII. 2 d. padaryta arteriografija. Vietinėje ¼% tutokaino anestezijoje atseparavus trigonum Scarpe srityje art. femoralis sin., suleista dviem etapais 35 ccm thorotrast'o. Suleidimo metu ir po to ligonis bet kurių pakitimų galūnėje nepastebėjo.

Arteriogramose matyti: Art femoralis sin. (žiūr. 4 atv.) šešėlis lygiais kontūrais, tiesios krypties, spindis, palyginti siauras (del intimos hyalinizacijos); kolateralinių šakučių neperdaugiausia. Art. tibialis sin. post. kulnelių aukštumoje nutrūksta (žiūr. 5 atv.); iš jos išeina plona kolateralinė šakutė, kuri tęsiasi iki pėdos vidurio. Art. tibialis ant. ir tuo pačiu art. dorsalis pedis kontūrų nematyti. Žemiau blauzdos vidurio kolateralinė kraujotaka blogai išsivysčiusi. Pėdos maitinimas visai blogas.

Pasirėmus arteriogramos duomenimis, ligonis buvo perspėtas, kad, galimas daiktas, letena teksią amputuoti. Kadangi gangrenos reiškinių nebuvo, pradžioje mėginta gydyti konservatyviai: masažu, Bier'o hiperemija, eupaverin'u, padutin'u, į skydinę liauką 0,5% tutokaino 3 ccm kartotiniais švirkštimais. Iš karto sveikatos stovis truputį pagerėjo,



Kair. kojos arteriograma.

4-me atvaizde matomas art. femoralis sin., lygiais kontūrais, tiesios krypties šešėlis.

5-me atvaizde matomas art. tibialis sin. post. šešėlis, kuris apačioje, kulnelių aukštumoje nutrūksta.

skausmai naktimis sumažėjo ir ligonis buvo išleistas 1941. I. 16 d. gydytis ambulatoriškai.

Po keturių dienų (1. 20 d.) ligonis dėl nepakenčiamų kairiosios kojos skausmų grįžo į kliniką. Kairiosios kojos nykštys pamėlynavęs, oda sukietėjusi, lupasi lopais. Spaudžiamas nykštys skaudamas, nagas nuvarytas.

I. 29 d. Iš nykščio apačios prasiveržta drumsto serozinio skysčio; ligoniui labai nežti nykštį ir jį noriai kaso. Prasidėjo nykščio viršūnės nekrozė.

II. 4 d. T°-ra pašoko iki 39,5°C. Atsirado tos kojos phlebitis, lydimas skausmų ir kirkšnies liaukų padidėjimo. Dedami kompresai. Skausmai nesiliauja, karštis nekrinta, kartais purto šaltis.

II. 8 d. Vietinėje ½% novokaino anestezijoje pašalintas gangrenos paliestas kairysis nykštys, galvutė ossis metatarsalis I.

II. 11 d. Gautas iš Patologijos Instituto raštas (13.221 nr.) su šia histologiška diagnozė: „Endarteriitis chronica obliterans; gangraena".

II. 13 d. Prasidėjo II piršto nekrozė ir 1 cm aplink amputacijos vietą.

II. 15 d. Nekrozė plinta toliau. Kūno temperatūra vakarais siekia 39°C. Ligonio stovis blogėja. Skausmai nepakenčiami.

II. 17 d. Bendrinėje eterio narkozėje padaryta Pirogov'o operacija, paliekant kampuose drenus.

II. 20 d. Ligonis jaučiasi gerai. Skausmai nedideli. T°-ra vakarais aukščiau kaip 38°C.

II. 27 d. Skausmai dideli. Pjūvio vietoje pūliuoja.

III. 14 d. Pjūvio srityje žaizda pūliuoja ir granuliuoja. T°-ra didesnė kaip 38°C.

III. 18 d. Savijauta gera. T°-ra aukščiau kaip 37,6°C nepakyla.

II. 26 d. Truputį skauda žaizdą. Savijauta gera. Lopo kraštai nekrozuojasi.

IV. 5 d. Žaizda pūliuoja tik iš paviršiaus.

IV. 21 d. Iš žaizdos pašalintos nekrozinės masės. Žaizda apsidengusi sultingomis granuliacijomis.

V. 12 d. Žaizda baigia granuliuoti.

V. 14 d. Išleidžiamas gydytis ambulatoriškai.

Netrukus ligonis pasveiko ir vėl liko darbingas.

1942 m. birželio mėn. viduryje jis buvo atsilankęs klinikoje. Del kojos skausmų nesiskundė, jaučiasi visai gerai, tik kulne atsiradusi nuospauda, sudaranti vaikščiojimui nepatogumų; ji teko pašalinti.

Šituo atveju, kaip matome, paaiškėjo diagnozė (endarteriitis obliterans), prognozė, terapija, amputacijos vieta.

Kiek tiksliai arteriograma kartais išsprendžia diagnostinį klausimą, iliustruoja šis mūsų atsitikimas:

Ligonis U. J. (lig. ist. 2.302 nr.) atvyko į V. D. Un-to klinikas 1941 m. vasario mėn. 22 d., skųsdamasis, kad 1941 m. vasario mėn. 19 d. staiga nutirpę kairiosios rankos pirštai, kurie pasidarę nestiprūs ir nemiklūs. Prieš susirgdamas dirbęs miške, buvęs sušilęs, paskui atšalęs, o vakare jau pasidarę negerai su pirštais. Prieš 10 metų sirgęs šiltine. Šiaip visą laiką buvęs sveikas. Venerinėmis ligomis nesirgęs. Degtinės ir kitų svaigalų negeriąs. Surūkąs apie 10 papirosų per dieną. Vedęs; turįs du sveikus vaikus.

Status praesens. Aukštoko ūgio, taisyklingos kūno sudėties, vidutinės mitybos, truputį pablyškęs. T°-ra 36,6°C.

Tvinksnis 66 kartus per minutę, gerai prisipildęs. Širdies pirmasis tonas duslokas. Plaučiuose n. yp. Vyzdžių reakcijos nesutrikusios, patologinių refleksų nekonstatuota.

Status specialis. Kairiosios rankos judesiai riešo sąnaryje aprėžti, bet kilnoti šiaip taip gali. Kairiosios rankos pirštus priešpastato labai sunkiai. Visos plaštakos jautrumas susilpnėjęs. Kairiosios rankos judesiai kituose sąnariuose nesutrikę. Tvinksnis aa. radialis et ulnaris sin. neapčiuopiamas. Dešinioji ranka nepakitusi. Vaikščioja laisvai.

Tyrimai. Hemoglobino 98%; eritrocitų 4.270.000, leukocitų 15.600. Hemograma pagal Schilling'ą: myelocitų — 3, jaunųjų — 1, segmentinių — 71, limfocitų — 22, monocitų — 3. — Westergreen'as 1 val.—3, 2 val. — 6. Kraujo grupė B. Kraujo ir liquor'o WaR neigiama. Šlapimuose n. yp. Rentgenologiškai peršviečiant krūtinę rasta širdis truputį išsiplėtusi į kairiąją pusę.

II. 30 d. Kairiosios rankos riešo sąnaryje judesiai laisvesni, pirštų priešpastatymas gerėja.

III. 7 d. Skaudanti kairioji ranka.

III. 10 d. Pamėlynavę kairiosios rankos II, III ir IV pirštų galai.

III. 14 d. Pamėlynavimas sumažėjo.

III. 17 d. Pirštai vėl labiau mėlynuoja ir daugiau skauda.

III. 22 d. St. id.

III. 28 d. Pamėlynavimas nepraeina. T°-ra visą laiką normali.

IV. 3 d. Keliamas į Chirurginę kliniką arteriografijai.

Ligonis nusiskundžia nepakenčiamais rankos skausmais. Nuolat dejuoja. Kairioji ranka, pradedant nuo alkūnės žemyn, patinusi, melsva, negali pajudinti pirštų. Tvinksnis aa. radialis et ulnaris neapčiuopiamas.

Padaryta arteriografija. Vietinėje ¼% tutokaino anestezijoje viršutiniame žasto trečdalyje tipiškoje vietoje prieita prie art. brachialis. Suleista dviem etapais 24 ccm thorotrast'o, ir padaryta viena proksimalinės rankos dalies iki vidurio dilbio arteriograma, o antra — žemiau iki pirštų viršūnių. (Žiūr. 6 atv.).

Arteriogramoje matyti: art. brachialis spindis epicondylus medialis humeri aukštumoje staiga nutrūksta; žemiau tos vietos 4 cm ilgyje yra vos pastebimas kraujagyslės šešėlis truputį siauresnio diametro, o dar žemiau — ties išsišakojimu — visai nutrūksta ir 3 cm tarpe nesikontrastuoja. Dviem skersiniais pirštais žemiau proksimalinio stipinkaulio galo kraujagyslės arteriogramoje vėl matomos, bet ties dilbio viduriu visos nutrūksta ir toliau nebesikontrastuoja. Dilbio proksimaliniame gale matyti art. ulnaris, art. interossea, art. recurrens ulnaris ir nenormaliai siaura art. radialis. Kolateralinė apytaka, alkūnės srityje, ypač per rete artic. lateral., nepergeriausia. Plaštakos ir apatinio trečdalio dilbio arteriogramoje kraujagyslės yra visai nesikontrastavusios.

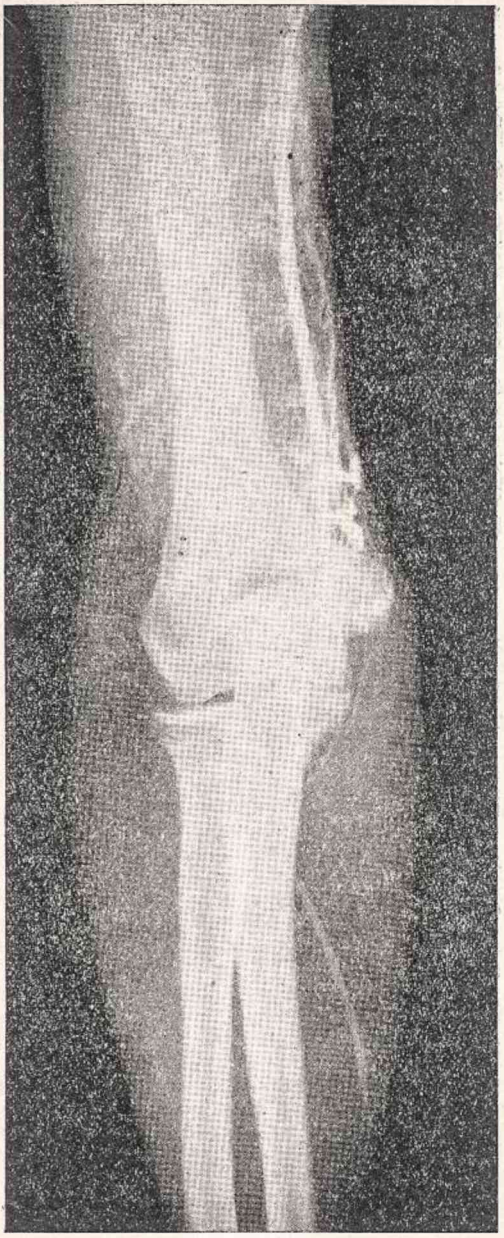
Turint galvoje, kad žasto arterijoje kontrastinis preparatas staiga susilaiko, susilaikymo riba skersa, žemiau jos 7 cm ilgyje normalaus kraujagyslės šešėlio negaunama, prieita išvada, kad kraujotakos sutrikimo kaltininkas yra trombas.

IV. 7 d. Operacija vietinėje ¼% tutokaino anestezijoje. Apatiniame žasto trečdalyje išilginiu medialiu 10 cm ilgio pjūviu prieita prie žasto arterijos, kuri rasta netvinksinti, kieta. Įėjus į kraujagyslės spindį iš proksimalinio jos galo, ištrauktas 10 cm ilgio trombas ir maždaug tokio pat ilgio trombas ištrauktas iš distalinio jos galo. Susiuvus kraujagyslę ir atleidus varžtą distaliniame jos gale tvinksnis neapčiuopiamas. Teko atleisti siūlai ir kartotinai patikrinti spindis. Rastas naujas trombas, kurį išėmus padaryta arterio-veninė anastomozė, būtent, art. brachialis sujungta su v. basilica. Žaizdos užsiūtos aklinai. Pirmasis trombas išsiųstas ištirti histologiškai.

IV. 8 d. Ranka ne tiek cyanoziška; skausmai mažesni, savijauta pagerėjo.

IV. 9 d. Kairioji plaštaka iki riešo cyanoziška, skaudama, ypač I metakarpo bazėje. Pamasažavus cyanozė atslūgo.

IV. 13 d. Stovis blogėja; pirštai ir plaštaka lividinės spalvos. Ligonis dėl didelių, nepakenčiamų skausmų verkia.



6 atv. **Kair. rankos arteriograma.**

Viršuje matomas art. brachialis sin. šešėlis, o apačioje, kair. dilbio srityje, — art. ulnaris, art. interossea, art. recurrens, ulnaris ir nenormaliai siaura art. radialis sin.

IV. 14 d. Operacija bendrinėje eterio narkozėje. Amputuota kairioji plaštaka. Žaizda užsiūta aklinai.

IV. 15 d. Savijauta gera. Truputį skauda žaizdos srityje.

IV. 16 d. Gautas patologo-histologinis atsakymas: „Thrombus recens" (Patolog. instituto raštas 13.684 nr., 1941. IV. 16 d.).

IV. 19 d. Nepaisant įspėjimų, ligonis daug rūko. Operuotoji ranka pamėlynavo net iki alkūnės. Dešiniosios rankos ir pirštų galai pasidarė truputį cyanoziški; plaštakos viduryje iš dorsalinės pusės matyti išmėtytų melsvų dėmelių.

IV. 21. d. Operuotoji ranka dar labiau pamėlynavo iki alkūnės, ligonis del nepakenčiamų skausmų verkia. Bendrinėje eterio narkozėje padaryta reamputatio. Rakietiniu pjūviu amputuota ranka per alkūnę. Žaizda užsiūta, įstačius iš abiejų pusių drenus.

IV. 22 d. Pamėlynavusi dešiniosios rankos mažojo piršto paskutiniosios falangos sritis.

IV. 24 d. Elektrokardiograma: sinusinis ritmas, tachycardia, PQ= 0,12, QRS=0,05. Tarpinė dalis izoelektrinėje linijoje. S_1 truputį nusileidęs. R_2 ir T_2 labai aukšti. S_2 ir S_3 perėjimas į tarpinę dalį negriežtas.

IV. 26 d. Išimti siūlai; drenai palikti. Amputacijos vieta cyanoziška. Ligonis nusiskundžia dideliais rankos skausmais.

IV. 28 d. St. id.

IV. 30 d. T°-ra pakilo iki 38,2°C. Ligonis nuolat zirzia, verkia, skundžiasi rankos skausmais.

V. 2 d. Savijauta geresnė, rankos skausmai mažesni.

V. 4 d. Dešiniosios rankos mažojo piršto pamėlynavimas pranyko.

V. 6 d. Savijauta geresnė, vaikščioja; ranka dar skaudanti.

V. 9 d. Medialiniame kulbos kampe oda pajuodusi, šalta. Kitur oda nepakitusi. Žaizda ties sulc. bicipitalis med. nesugijusi. Iš klinikos išleidžiamas gydytis ambulatoriškai.

Šituo atveju arteriograma parodė, kad kraujotakos sutrikimo priežastis yra organinė (trombas), bet ne funkcinė, morbus Raynaud, kaip kad pradžioje buvo manyta. Ji parodė ir trombo vietą, kas intervencijos metu pasitvirtino; ir jeigu tas trombas buvo rastas ilgesnis, negu rodė arteriograma, tai čia išdava delsimo su intervencija, kuri, ligoniui pradžioje sutikus, buvo padaryta tik keturioms dienoms praėjus po arteriografijos.

Literatūroje galima nuolat užtikti pavyzdžių, kalbančių arteriografijos naudai; pvz., Fontaine ir Maitre (1934 m.) yra aprašę atsitikimą, kai arteriografijos dėka, užuot darius žalojančią apatinės galūnės amputaciją, buvo sėkmingai padaryta sympathicotomia. Ligonis turėjo claudicatio intermittens ir judėjimo metu skausmus dešiniojoje kojoje. Tvinksnis art. dorsalis pedis et art. tibialis post. buvo neapčiuopiamas, tačiau arteriograma parodė, kad kolateralinis tinklas yra išsivystęs gerai. Pasirėmus šiais duomenimis nuo amputacijos atsisakyta; pasitenkinta sympathicotomia ir gautas geras rezultatas. Quénu yra aprašęs du amputacijos atsitikimus, padarytus taupiai, padedant arteriografijai. Pirmuoju atveju, užuot darius šlaunies amputaciją viršutiniame trečdalyje, pasitenkinta amputacija viduriniame blauzdos trečdalyje. Antruoju atveju, vietoje blauzdos aukštos amputacijos, buvo padaryta amputacija pagal Syme.

Dabartiniu metu vazografija neapsirėžia galūnių ir galvos arterijomis. Ji yra paženguši žymiai toliau ir kas kartas užkariauja vis naujas sritis. Jau daromos aortos, art. renalis, art. basalis, v. cava superior et inferior, varix'inių venų, navikų, įvairių kaule bei sąnariuose vykstančių patologinių procesų ir t. t. vazografijos.

Palikdami nuošaliai mažiau populiarias vazografijas, pasitenkinsime panagrinėję plačiau daromas, būtent, galūnių ir galvos arteriografijas.

Arteriografijų pritaikymo sritis ir galimumai.

1. Staigių kraujotakos sutrikimų atvejais galūnėse arteriografija.

Imkime šį pavyzdį: Pagyvenęs žmogus staiga pajunta skausmus dešiniojoje kojoje. Galūnė šalta, išblyškusi, skaudama. Tvinksnis neapčiuopiamas. Kas kaltas: kraujagyslių spazmas ar kamieno užsikimšimas? Arba imkime šitokį atsitikimą: vidutinio amžiaus moteris; staiga nutirpo ir pamėlynavo kairysis dilbis, plaštaka bei visi pirštai. Ranka melsvai lividinės spalvos, sutinusi. Jos jautrumas šilimai, šalčiui, smailam, bukam daiktui labai susilpnėjęs. Kenčia del tos rankos skausmų. Kur glūdi priežastis? Kraujagyslės užsikimšimas, užakimas ar morbus Raynaud bei kitas kuris vaskuliarinis sutrikimas? Kuri terapija? Šitie klausimai mums tenka kiekvieną kartą spręsti, kai tik susiduriame su panašiais ligoniais.

Nepaisant išeminių galūnių diagnostikoje padarytos didelės pažangos, vis tiktai, sprendžiant klausimą, kas yra tos išemijos priežastis, kartais susiduriama su nenugalimais diferencinės diagnostikos sunkumais. Išemijos išdava gali būti: klasiškos embolijos, audringai išsirūtuliuojančio trombo, arba, pagaliau, aterijinio spazmo (kurį neretai sukelia mikroembolas bei venos masyvinė trombozė, vadinamos „maladie emboligène" atvejais). Ta pačia proga tenka priminti Lériche'o ir Fontaine'o tvirtai nustatytą faktą, kad vienur trombozuotas indas žadina simpatinį vazokonstriktorinį dirginimą kitoje vietoje ir šitie spazmai gali užtrukti iki pusantrų metų. Arteriografija čia mums gali daug padėti. Ji duos pakankamą pagrindą diferencijuoti tarp organinės ir spazminės kraujagyslių stenozės. Arteriografija ne tiktai nurodys trombo, embolo (jei toks yra) topinę lokalizaciją ir mechaniško nepraeinamumo laipsnį (embolia completa seu incompleta), bet duos taip pat kolateralinės kraujotakos vaizdą, išaiškins kraujagyslių stovį bei eventualų organišką jų pakitimą.

2. Chroniškų kraujotakos sutrikimų atvejais galūnėse arteriografija.

Funkcinių sutrikimų atvejais arteriogramoje kraujagyslių organinių pakitimų nematyti, o esant kraujagyslių organiniam

susirgimui, arteriograma esti tam susirgimui būdinga. Tad, arteriosklerozė, endarteriitis obliterans, diabetinis arterijitas, sifilinis arterijitas, m. Raynaud, m. pseudo-Raynaud, aneurysma, išeminė kontraktūra Volkmann'o, nusišaldymas, arterioveninės distrofijos, vazomotoriniai sutrikimai (pvz., „stupor arterialis" atveju po traumos) — visa tat arteriografijos pritaikymo sritys.

Arteriografija yra nepamainoma priemonė, kai reikia susiorijentuoti del amputacijos aukštumo. Stebėjimai rodo, kad kraujotakos sutrikimo atveju galūnės amputacija daroma kartais žymiai aukščiau nepraeinamumo srities, o kartais žymiai žemiau. Pirmuoju atveju bereikalingai žalojamas ligonis, o antruoju — įvyksta lopo mirtis; tenka daryti reamputacija. Šitą spragą topinėje diagnostikoje užpildo arteriografija.

Tiesa, prieš arteriografiją taip pat mėginta vienokiu ar kitokiu būdu išaiškinti kraujagyslės nepraeinamumo vieta ir tuo būdu amputacijos sritis, tačiau topinė diagnostika buvo netiksli, netobula. Kliniškas vaizdas: galūnės išvaizda, gangreninio paviršiaus topografija ir t. t. paprastai neduoda pakankamai duomenų užakimo vietos topografijai nustatyti. Taip pat retai kada pavyksta rasti nepraeinamumo vieta, ieškant nesveikoje galūnėje arterijos tvinksnio. Visų pirma nevisur galima apčiuopti tvinksnis (pvz., blauzdoje, pradedant nuo vidurinio jos trečdalio, tvinksėjimo dažnai nepavyksta apčiuopti), o, be to, tvinksėjimo gali nebūti, kad ir esant kraujagyslės spindžiui laisvam. Pagaliau, gali būti smulkių kraujagyslių nepraeinamumas, tuo tarpu kai galūnės pagrindinių šakų tvinksėjimas nėra sutrikęs. Truputį tikslesnis Moškovič'iaus bandymas; iš laikotarpio, per kurį atsiranda odoje rožiškumas po to, kai buvo sukelta dirbtinė anemija, galima spręsti apie kraujotakos stovį nesveikoje galūnėje. Tačiau netaip lengva pagauti vieta, nuo kurios prasideda rožiškos odos spalvos intensyvumo susilpnėjimas. Verta dėmesio labai plačiai paplitusi Francūzijoje oscilometrinė tyrimo metodė, tačiau oscilometrija rodo kraujagyslių praeinamumo laipsnį, bet nenusako kolateralinės apytakos stovio. Taigi, iki arteriografijos tikslių metodžių kraujagyslės nepraeinamumo lokalizacijai nustatyti ir kolateralinės kraujotakos padėčiai išaiškinti nebuvo. Susidarius reikalui galūnę amputuoti, chirurgas neretai svyruodavo del jos aukštumo. Arteriografijos vertę dar labiau suvoksime, prisiminę, kad:

1) mirtingumas yra susijęs su amputacijos aukštumu;

2) amputacijos tikslas — „schönende", kad liktų žymiai didesnis ščiunklas;

3) kiekviena reamputacija alina organizmo jėgas; ji sukelia ligoniui kūniškus ir dvasiškus skausmus.

Arteriografija taip pat 12padeda susiorijentuoti galūnių aneurizmų atvejais. Aneurizma gali būti įgimtinė, trauminė, del kraujagyslių liguisto pakitimo (luetinė, arteriosklerozinė). Arteriografija išaiškina ne tiktai aneurizmos kilmę, bet nurodo taip pat jos pobūdį (aneurysma verum, spurium, arterio-venosum). Ji padeda diferencijuoti su aneurizmą simuliuojančiais kraujagyslių navikais.

3. Galūnių judėjimo aparato susirgimo atvejais arteriografija.

Kai kurie autoriai (Bazy, Reboul, Fariñas) arteriografiją daro įvairiais kaulų bei sąnarių susirgimų atsitikimais. Yra pastebėta, kad, esant gerybiniam navikui, jo srityje kraujagyslės yra nepakitusios, jos tiktai naviko nustumtos į šalį; o esant blogybiniam navikui, gaunamas kitoks vaizdas: kraujagyslių išauga daug, jos netaisyklingai susiraizgiusios ir įaugusios į patį naviką. Tiktai riesencel'ių navikuose nėra padidėjusio intratumoralinio kraujagyslių išsišakojimo ir arteriograma rodo gerybinio naviko vaizdą. Tad, iš vaskuliarizacijos stiprumo ir netaisyklingumo galima spręsti apie naviko piktybingumą.

Pastebėta, kad sergant osteomyelitis chronica bei lues, skaičiumi ir didumu kraujagyslių randama mažiau negu gretimose srityse — regioninė ischaemia, o sergant tuberkulioze randama regioninė hyperaemia. Kelio sąnario chroniško artrito atveju esti visiška periartikulinio kraujagyslių rezginio stoka, o fistulinis tuberkuliozinis sąnario uždegimas duoda lengvos hiperemijos vaizdą. Taip pat padidėjusios kraujotakos vaizdą arteriograma rodo osteopsathyrosis atveju, kas kalba už tai, kad kaulo trapumas šituo atveju esti ne del kraujagyslių pakitimo. Tipišką vaizdą arteriograma rodo taip pat ostitis deformans Paget atsitikimu.

4. Kaukuolės vidaus susirgimo ir sužalojimo atvejais arteriografija.

Medicinos šaka, kuri ypatingai greit panaudojo arteriografiją diagnostikos tikslams — tai neurochirurgija. Čia šitoji tyrimo metodė rado sau plačią dirvą. Arteriografija žymiai pagerina smegenų navikų topinę diagnostiką ir padeda išaiškinti navikų pobūdį. Esama atvejų, kada vien arteriografija gali pasakyti, kur ir kuris yra smegenų navikas. Kartais smegenų kraujagyslių navikai ir aneurizmos gali būti diagnozuojami vien tiktai padedant arteriografijai. Ji dabar daroma smegenų kraujagyslių organinių susirgimų, smegenų navikų, abscesų, ekstra- ir subduralinių hematomų, hydrocephalus'o, galvos traumos atsitikimais. Jos pagalba galima diagnozuoti: arterio-veninės aneurizmos, carotis aneurizmos, aneurysma basis cerebri circulus Willisii srityje, meningeomos, glioblastomos.

Löhr'o iškeltas šūkis — galvos traumos, kilus kraujavimo įtarimui, atvejais kiek galima anksčiau daryti arteriografija — įgyja kas kartas didesnį populiarumą. Literatūroje aprašytas ne vienas atsitikimas, kada po smūgio į galvą, dar nėsant prodrominių reiškinių, arteriografijai padedant, buvo diagnozuojamas art. meningea media plyšimas ir išgelbėta žmogaus gyvybė.

Löhr aprašo šitokį pamokomą atsitikimą: Atvežtas į kliniką 62 metų amžiaus vyras visiškai nesąmoningas. Iš burnos smarkiai dvokia alkoholis. Dešiniojo smilkinio oda nubrozdyta, iš dešiniosios ausies kraujuoja. Rentgenologiškai — kaukuolės pagrindo lūžimas dešinėje pusėje. Tvinksnis 62, kietas, įtemptas. Po 12 valandų atsirado Cheyne-Stokes'o kvėpavimas, tvinksnis pasidarė netaisyklingas; teko ekskliuduoti toksinis smegenų pakenkimas. Padarytoji arteriograma parodė kraujavimą priešingoje (kairiojoje) galvos pusėje (contrecoup), ko kitokiomis kliniškomis metodėmis nebūtų buvę galima diagnozuoti.

Kitą įdomų atsitikimą aprašo Rühe: Paleistasis iš karo tarnybos kareivis ėmė skųstis galvos skausmais. Kliniškai negalima buvo rasti priežasties, pateisinančios skausmų kilmę. Padarius arteriogramą, konstatuota chroniška subduralinė haematoma. Kaukuolę trepanavus, haematoma išleista; ligonis pasveiko. Smulkiau išklausinėtas, ligonis prisiminė, kad betarnaudamas kariuomenėje kartą gavo bokso smūgį į galvą. Pažymėtina, kad visų sunkiausiais galvos traumos atvejais, kada nėra anamnezės, ligonis nesąmoningas, kada yra arefleksija ir neurologinis tyrimas negalimas, Löhr primygtinai siūlo nedelsiant daryti arteriografiją. „Ji mus gelbsti nuo terapeutinio nihilizmo ir aklos polipragmazinės terapijos" (Löhr).

Encefalografija ir arteriografija viena antrą papildo. Pirmoji duoda tuštymų vaizdą, antroji — kraujagyslių. Smegenų navikų atvejais arteriografija yra žymiai mažiau pavojinga tyrimo priemonė negu encefalografija, nors paskutinę ne visuomet gali atstoti. Arteriografijos nepavojingumas leidžia ją pavartoti net tuomet, kai ligonio bendrinis stovis sunkus, ir kada kita diagnostine priemone pasinaudoti pavojinga. Vietoje ventrikulografijos arteriografija taikoma tuštymo mažinančių procesų atvejais, kai jie lokalizuojasi lobus frontalis, temporalis, parietalis ir paraselarinėje dalyje. Neurochirurgams arteriografija duoda tiek pat naudos, kiek internistams virškinamojo trakto rentgenologiškas tyrimas.

Löhr, Olivecrona, Tönnis siūlo arteriogramą daryti dviem kryptimis ir iš abiejų galvos pusių. Kai kurie autoriai daugiau vertina frontalinę nuotrauką.

Darydamas arteriogramą Löhr injekuoja kontrastinį preparatą į art. carotis int., O Monitz — į art. carotis comm. Löhr tikina, kad jo metodė tuo geresnė, kad pasitenkinama mažesniu kontrastinio preparato kiekiu ir duoda ryškesnį vaizdą.

Būdingų susirgimų arteriogramos.

Analizuojant arteriogramą, reikia kreipti dėmesys į kraujagyslių išvaizdą, kryptį, vingių formą, padėtį.

Pradėjus daryti arteriogramas paaiškėjo, kad kraujagyslių susirgimai yra labai gausūs niuansais, bet vis tiktai atskirų susirgimų arteriogramos esti būdingos.

Normali kraujagyslė duoda lygų, ryškų šešėlį; jos kelias tiesus. Arteriosklerozinės kraujagyslės netiesios, rangosi ir baigiasi staiga mažutėmis šakutėmis; jų sienų kontūrai netaisyklingi, mašasto išvaizdos, matomi vietiniai susiaurėjimai, o kartais net spindžio užakimas. Juo labiau sklerozės paliestos stambiosios kraujagyslės ir juo mažiau smulkiosios, juo geresnė arteriogramoje matyti kolateralinė apytaka. Sergant diabetine gangrena, arteriograma rodo obliteraciją sklerozinio tipo. Arteriosklerozinai ir diabetiniai arterijų pakitimai duoda segmentinius ir grynai vietinius reiškinius, aukščiau ir žemiau kurių yra normalaus platumo spindis; kraujagyslių kelias, kaip jau buvo minėta, rangosi ir netaisyklingas. Kolateralinė apytaka toje pačioje galūnėje vienur gali būti gera, o kitur — bloga.

Būna atvejų, kada susidaro priešingumas tarp kliniškų reiškinių ir radiologinių duomenų. Neretai atsitinka, kad ligonis kreipiasi del vienos kojos skausmų, o padarius abiejų apatinių galūnių arteriogramas, randami didesni organiniai arterijų pakitimai antrojoje kojoje.

Endarteriitis obliterans atveju dažnai randamos proceso paliestos visos keturios galūnės. Arteriogramoje arterijos nenormaliai siauru spindžiu, taisyklingais kóntūrais, nesirango; spindis lygiai susiaurėjęs. Kadangi šitas susirgimas sukelia atskirų kraujagyslių užakimą ir atitinkamų kolateralių išsiplėtimą, tad bendrinis nuotraukos vaizdas turi dėmėtą pobūdį. Panašus vaizdas gaunamas taip pat arteriitis syphilitica atsitikimais.

Trauminės obliteracijos bei Volkmann'o kontraktūros atvejais arteriograma visuomet rodo arterijos pakenkimą visiško jos plyšimo arba koncentracinio susiaurėjimo bei vietinio užakimo pavidalu.

Embolo atveju rentgenogramoje matyti normali arterija, kurios spindis embolo vietoje staiga nutrūksta.

Sergančiųjų sklerodermija arteriogramoje spindis labai siauras, kartais iki siūlo plonumo. Spazmui būdingas normalios išvaizdos kraujagyslės galas, susiaurėjęs lanceto pavidalu.

Aneurizmai yra būdingas kraujagyslės vietinis išsiplėtimas ir silpnesnis prisipildymas kontrastu distaliau tos aneurizmos esančios dalies. Arterioveninė aneurizma del didelio kontrastinio preparato atskiedimo gali arteriogramoje neišeiti, tačiau paprastai čia pat kontrastuojasi vena. Taip pat arterioveninės aneurizmos bei arterioveninės fistulės dažnai neduoda visiško kolateralių vaizdo, nes kontrastinė medžiaga nuslenka venomis centropetaliai. Aneurysma verum kontrastiniu preparatu visuomet prisipildo gerai. Aneurysma spurium gali nesikontrastuoti, nes kontrastinė medžiaga kartu su pagrindine kraujo srove nuslenka į distalines kraujagysles, čia duodama visišką kolateralių vaizdą.

Kaip išrodo arteriogramoje luetinė kraujagyslė ir aneurysma verum, pailiustruosiu savo atsitikimu.

Lig. Č. R. (lig. ist. 7.654 nr.), 60 metų amžiaus, šeimininkė. Atvyko į kliniką 1941 m. birželio mėn. 12 d., nusiskųsdama šlubavimu dešiniąja koja.

Nesveika dešinioji koja apie metus. Pradžioje atsiradęs dešiniajame pakinklyje neskausmingas gumbas, kuris iki šiol po truputį didėjęs. Pavaikščiojus pradėjusi tinti dešinioji blauzda; tos kojos sąnariai, lankstomi, ėmę skaudėti. Prieš 6 savaites sutinęs dešinysis pakinklis, ligonė pradėjusi šlubuoti. Prieš 3 savaites pritraukę dešiniąją koją per kelį. Tirpstą tos kojos pirštai. Pirmiau buvusi sveika. Venerines ligas neigia. Su vyru išsiskyrusi prieš 25 metus. Gimdžiusi 4 kartus; vaikai augą sveiki. 5-tas nėštumas baigęsis abortu 2-me mėnesyje del sunkaus darbo.

Status praesens. Vidutinio ūgio ir mitybos, taisyklingo kūno sudėjimo; išblyškusi. Eina ryškiai šlubuodama dešiniąja koja. T°-ra 37°C; tvinksnis vidutinio prisipildymo, 72 kartus per minutę.

Širdis išsiplėtusi į kairę nuo linijos, išvestos ties kairiojo ryšiakaulio viduriu. Širdyje girdėti abu ūžesiai. Ryškus abiejų art. carotides tvinksėjimas. Kituose organuose n. yp.

Status specialis. Dešinioji koja sulinkusi per kelio sąnarį 120° kampu; tas sąnarys asimetriškas. Pakinklyje, daugiau vidinėje pusėje, yra tvinksįs žąsies kiaušinio didumo gumbas. Gumbas apvalios formos, elastingas, neskaudamas, gilumoje fiksuotas; jojo srityje oda nepakitusi. Pridėjus ties ta vieta ranką, juntamas tvinksėjimas ir pjūkliški ūžesiai. Auskultuojant girdimas stiprus verpeto ūžesys, kuris girdimas taip pat visos art. tibialis ant. bei art. dorsalis pedis kelyje. Aktyvūs ir pasyvūs blauzdos judesiai galimi 135°—75° tarpe.

Kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą 1-mą val. 20, 2-rą val.—60. Kraujo vaizdas: Hb 60%; eritrocitų 3.300.000, leukocitų 7.900. Hemogramma pagal Schilling'ą: eozin. 4, segment. 60, limfoc. 31, monoc. 5. Šlapimų analiz. n. yp., Wassermann'o reakcija teigiama (+++), Sachs-Witebsky'o reakcija teigiama (++++).

VI. 18 d. Arteriografija. Vietinėje ½% novokaino anestezijoje tipišku pjūviu dešiniosios šlaunies viršutiniame trečdalyje prieita prie art. femoralis ir, suleidus 36 ccm thorotrast'o, padaryta arteriograma.

Arteriogramoje (žiūr. 7 atv.) matyti: art. femoralis stora, kieta, „sustyrusi kaip viela", ryškiais kraštais ir kampais; netaisyklinga, jos kontūrai karpyti, vietomis išsiplėtusi. Žemiau apatinio šlaunies trečdalio viršutinės ribos daro staigų pasisukimą ir čia jos spindis gerokai susiaurėjęs. Pakinklio viršutinėje dalyje matyti pailgai apvalios formos dėmė, atitinkanti gumbo vetą. Susirinkęs neurizmos maiše kontrastinis preparatas visos aneurizmos neužpildo, todėl jo ribos nepakankamai ryš-

7 atv. **Dešin. kojos arteriograma.**

Art. femoralis dextra stora, kieta, ryškiais kraštais; netaisyklingais, karpytais kontūrais, vietomis išsiplėtusi; apačioje staiga susiaurėjusi ir vingiuota. Art. poptitea dextra srityje matoma aneurysma, žemiau kurios kraujagyslės visai nesikontrastavusios.

kios. Kolateralinės šakutės siauros, žymia dalimi tiesios; kolateralinė apytaka negausi. Žemiau aneurizmos kraujagyslės kamienas nesikontrastavo. Taip pat nematyti kitų blauzdos kraujagyslių šešėlių.

Išvada: arteriitis luetica, aneurysma art. popliteae dextrae.

Gana būdingos esti kaukuolės vidaus arterijų rentgenogramos.

Naviko piktybingumą rodo patologinė vaskuliarizacija. Principe laikomasi tos pažiūros, kad gausus patologinėmis kraujagyslėmis auglys yra piktybinis. Pvz., labai būdingą vaizdą duoda glioblastoma multiforme (blogybinė glijoma): daugybė naujai susidariusių patologinių kraujagyslių su miliarinėmis aneurizmomis ir arterioveninėmis fistulėmis. O gerybinės glijomos ryškesnės vaskuliarizacijos neduoda. Tikrieji kraujagyslių navikai — anglijomos (pvz., angioma racemosum) duoda gerą, tipišką arteriogramą: matomas rezginys kraujagyslių, kurios savo išvaizda yra normalios. Pusrutulių naviko atvejais kaip taisyklė arteriografuojasi art. cerebri ant. kontralateralinės pusės, kas auglio diagnostikai labai svarbu. Metastazinio absceso atsitikimu nuotraukoje matyti negausus kraujagyslėmis subkortikalinis auglys. Chroniškos subduralinės hematomos atsitikimais smegenų paviršiaus kraujagyslės esti atitolusios nuo kaukuolės kaulų (r-moje en face). Tat pat matome otogeninio absceso atveju. Subduralinė ir epiduralinė hematoma arteriogramoje principinai duoda tą patį vaizdą, tačiau pirmuoju atveju galinės kraujagyslės tebesitęsia kaukuolės dangčiu. Intracerebrinė hematoma duoda antrinę smegenų edemą ir tuo būdu topinę kraujagyslių dislokaciją.

Atskirai pažymėtina arteriogramos vertė compressio cerebri atvejais, kai to kaltininkė yra hematoma. Ji gali būti tiksliai diagnozuojama arteriografijos pagalba. Hematoma gali susidaryti ne tiktai plyšus smegenų apvalkalų arterijai, bet ir plyšus pačiai smegenų arterijai. Pvz., gali būti subduralinis kompresinis kraujavimas kaukuolės pagrindo srityje, plyšus lobi temporalis arterijai. Tąsyk įvairiose tipiškose vietose abiejų kaukuolės pusių mėginamoji trepanacija niekada naudos neduos.

Kadangi patyrimas rodo, kad cerebralinio paralyžiaus reiškiniai kraujavimo iš art. meningea atveju ypatingai staiga gali atsirasti ir yra nepataisomi, tad labai lengva „manifestinių kompresijos simptomų" atsitikimais pavėluoti su operacija. Todėl smegenų sužalojimo atveju, kai nei neurologiškai, nei anamneziškai negalima diagnozuoti, arteriografija itin rekomenduotina, ir nėsant intervaliniam tarpui be jos sunku apsieiti.

Būdinga tai, kad didelių hematomų atsitikimais, panašiai kaip priekinių lobi temporalis bei basis navikų, darant arteriografiją injekcijos metu tenka nugalėti kraujagyslių pasipriešinimas, kas rodo, kad didžiosios centrofugalinės kraujagyslės hematomos yra stipriai spaudžiamos. Kartais pasipriešinimas

būna toks didelis, kad kontrastinis preparatas iš art. carotis int. retrogradiškai patenka į art. carotis ext. Tat pat rodo arteriograma; nors art. carotis int. rodo dar gerą prisipildymą, iš jos išeinančios stambios šakos būna labai blogai prisipildžiusios; vadinasi, arba yra suspaustos, arba kontraguotos (kaip hydrocephalus'o atveju), arba, pagaliau, tonus'o paralyžiaus stovyje (suplotos kraujagyslės).

Hematomų atvejais nebūtina injekuoti kontrastinis preparatas į art. carotis ext. ir arteriografuoti art. meningea. Meningea kraujavimų atsitikimu pati hematoma nuotraukoje, darant injekciją į art. carotis ext., paprastai neišeina, nes: 1) del kraujagyslių kompresijos thorotrast'as negali pakliūti į hematomą, 2) jei ir pakliūtų, tai smarkiai atsimieštų ir neduotų šešėlio, 3) vargu ar toris gali būti coagulum'o homogeniškai sugertas. Arteriogramoje pagrindinis compressio cerebri simptomas savo klasiška forma yra tik tipiška topinė smegenų kraujagyslių dislokacija. Tiktai plyšus stambesnei kraujagyslei, kontrastinis preparatas išsiskiria iš jos į aplinkinę sritį ir tąsyk arteriogramoje matyti kontrastinio preparato šešėliai ekstravazališkai; matyti taip pat plyšusios kraujagyslės vieta, pro kurią kontrastinis preparatas išsiskiria.

Contusio cerebri duoda kraujagyslių spazmus ir paralyžius. Paskutiniuoju atveju kraujagyslės, palyginus su sveikąja puse, yra plačios, plokščios ir silpnai prisipildžiusios. Smegenų kraujagyslių paralyžius duoda blogą prognozę.

Trauminės arterioveninės smegenų aneurizmos paprastai lokalizuojasi basis cranii srityje del art. carotis int. plyšimo in sino cavernoso. Šituo atveju gaunamas neryškus prisipildymo vaizdas, o susidariusios del kraujagyslių susirgimo (luetinės, arteriosklerozinės) aneurizmos visuomet duoda arteriogramoje ryškias ribas.

1936 metais Vokietijoje neurologų kongrese Frankfurte smegenų chirurgo T ö n n i s'o mokykla demonstravo nuostabias smegenų navikų arteriogramas, iš kurių galima buvo ne tiktai aiškiai lokalizuoti, bet ir pažinti auglio pobūdis.

Arteriografijos technika.

Nepaisant to, kad arteriografija techniškų atžvilgiu nėra sunki diagnostinė metodė, tačiau pirmieji bandymai dažnai būna nesėkmingi vien del kurios nors smulkmenos nepaisymo. Čia gali būti kaltas suleidimo greitumas, injekcinės adatos diametras, nelaiku rentgenografavimas, spindulių kietumas ir t. t.

B a z y, R e b o u l didžiųjų kraujagyslių kamienų arteriografiją daro perkutaniškai (s. transkutaniškai); kiti gi, kaip M o n i t z, D e l P o r t o, D o s S a n t o s, L a m a s, D u v a l, daro ją kraujagyslę operatiškai atseparuodami. Mes iki šiol laikėmės antrojo būdo, remdamies šiais samprotavimais:

1) paprastai arteriografija daroma esant kraujagyslių organiniam procesui, į kurį neretai būna įtrauktas tas segmentas, kur injekuojama. Tokiu atveju gana sunku pataikyti, o, be to, pataikius į labiau proceso paliestą vietą, gali atsirasti didelis kraujavimas;

2) ad oculum susipažinus su kamienu, galima kartais spręsti apie proceso pobūdį;

3) leidžiant kontrastinį preparatą į atseparuotą kraujagyslę, galima sumažinti kraujotakos greitumas ir tuo būdu su mažesniu kiekiu kontrastinio preparato gauti ryškesnė arteriograma;

4) darant perkutaninę injekciją susidaro palankesnės sąlygos infiltruoti kontrastiniu preparatu pačią kraujagyslės sienelę, į ką ligonis tuojau reaguoja skausmais, kurie lydimi labai toli paplitusio ir ilgai trunkančio kraujagyslių spazmo; ypatingai smarkiai tat pasireiškia jauniems individams, kurie turi labai gyvus refleksus.

Arteriografijos technika remiasi šiais pagrindais:

1) kraujagyslės kontrastuojasi esant kraujyje 5% thorotrast'o;

2) adata turi būti ne plonesnė kaip 0,6 mm, ir į kraujagyslę kontrastinis preparatas reikia švirkšti ne lėčiau kaip 3 ccm per sekundę;

3) apatinėje galūnėje arterioveninį taką kraujas prabėga maždaug per 20 sekundžių, o viršutinėje ir ypač galvoje — dar greičiau;

4) norint gauti gerą apatinės galūnės kraujagyslių arteriogramą, reikalinga suleisti 36 ccm thorotrast'o; viršutinės galūnės arteriografijai pakanka dviejų thorotrast'o ampulių, būtent, 24 ccm, o galvos kiekvienai nuotraukai gauti suleidžiama 8 ccm thorotrast'o;

5) nuotrauka daroma, suleidus ⅔ kontrastinio preparato;

6) rentgeno spinduliai turi būti pakankamai minkšti.

Darant galūnių arteriogramą pusė kontrastinio preparato skiriama viršutinės jos dalies nuotraukai, o antra pusė — apatinei.

Praktiškai arteriografija daroma šitaip: Ligonis nuvežamas į rentgeno kabinetą, čia ant rentgeno aparato stalo paguldomas ir, sutepus operacinį lauką 5% t-ra jodi, tipiškoje vietoje daroma vietinė ½% novokaino anestezija. 3—4 cm ilgio pjūviu prieinama prie arterijos, ji apžiūrima, po to 5—6 cm plote atseparuojama ir paimama „vadelėmis", pakišant marlės juostelę. Sesuo tuo metu pašildo thorotrast'ą ir reikiamą kiekį pritraukia į 20 ccm Record'o švirkštą. Padedama atitinkamoje vietoje kasetė su negatyvu, centruojama rentgeno lempa. Atlikus paruošiamuosius darbus, rentgeno-

logas atsistoja prie aparato, operacinė sesuo — šalia gydytojo, laikydama rankoje švirkštą, pritrauktą kontrastinio preparato. Į arterijos sienelę žemiau „vadelių" duriama įstrižai gana stora, vadinamu „auksiniu galu" 0,9 mm adata. Pasirodo kraujas. Užmaunamas švirkštas, „vadelės" paduodamos laikyti seseriai, kuri laiko jas truputį įtempusi. Perspėjamas rentgenologas: „Dėmesio, pradedu leisti". Leidžiama ne lėčiau kaip 3 ccm per sekundę. Suleidus pusę numatyto kontrastinio preparato, rentgenologui pranešama „pasiruošti" ir, baigus leisti preparato du trečdaliu, duodama komanda „įjungti". Aparatas turi būti tučtuojau įjungtas. Tuo metu likęs švirkšte kontrastinis preparatas tebešvirkščiamas nesulėtinant tempo. Suleidus, adata neištraukiama. Rentgenologas skubiai deda antrą kasetę ties galūnės distaline dalimi, centruoja lempą. Gydytojas dabar pats laiko „vadeles" įtempęs, o sesuo įtraukia į švirkštą naują kontrastinio preparato porciją. Arteriografavimas kartojamas. Padarius apatinės galūnės dalies rentgenogramą, adata ištraukiama, dūrimo vieta lengvai prispaudžiama sterilia marle. Porą minučių palaukus, patikrinama, gal kartais iš kraujagyslių kraujuoja. Jeigu yra kraujavimas, pridengiama toji vieta marle, suvilgyta 1:1.000 adrenalino skiedinyje. Kraujavimui visiškai sustojus, „vadelės" ištraukiamos, žaizda užsiuvama aklinai. Ligoniui 4—5 dienas neleidžiama vaikščioti.

Pagrindinis sėkmingo darbo laidas šituo atveju yra disciplina. Pradėjus kontrastinį preparatą leisti, kiekvienas dalyvis turi stropiai ir nedelsdamas atlikti jam skirtą uždavinį. Visų dėmesys turi būti sukoncentruotas; pašalinės kalbos neleistinos. Kiek daug reiškia arteriografijoje kiekviena ne laiku išnaudota sekundė, galima spręsti iš to, kad Zehnder, Urlich ir dar kai kas tam, kad tarp operatoriaus ir rentgenologo būtų išjungti psichinės reakcijos laikotarpio svyravimai, kai duodamas įsakymas „įjungti", tiesiai ant švirkšto, kuriuo daroma injekcija, sukonstruavo kontakto užraktus rentgeno aparatui įjungti.

Adata duriama įstrižai tam, kad būtų išvengta poinjekcinio kraujavimo.

Rentgeno spinduliai turi būti minkšti; jų kietumas kiekvienu atveju reikalinga individualinti. Tat pareina nuo aparato, vartojamo negatyvo, arteriografuojamos kūno dalies.

Šlaunies arteriograma filmoje mūsų klinikoje daroma iš 80 cm atstumo, 72 kv, 30 mAsek.; blauzdos — iš tokio pat atstumo 72 kv, 28 mAsek.; viršutinės galūnės — iš 80 cm nuotolio, 72 kv, 14 mAsek.

Apatinės galūnės arteriogramą mes darome iš profilio, žasto — taip pat iš profilio, o dilbio ir plaštakos — en face.

Darant galvos frontalinę arteriogramą, centriniai spinduliai turi būti lygiagretūs su Frankfurto horizontaline ir vidurine linija; darant šoninę arteriogramą — centriniai spinduliai ant corpus pineale arba truputį žemiau.

Šituo būdu mūsų klinikoje buvo darytos 11-kai ligonių arteriogramos. Nė kartą negauta nei intervencijos metu nei po jos jokių rimtesnių komplikacijų. Nepaisant to, kad buvo vartota vis tiktai gana stora adata, kraujavimo taip pat nė karto nebuvo. Beveik visos arteriogramos išėjo ryškios, kraujagyslės kontrastavosi gerai.

Dos Santos injekcijai sukonstruavo aparatą, kuriuo naudojantis galima švirkšti kontrastinis preparatas lygesne srove, vienodu spaudimu. Mūsų klinikoje tuo aparatu neteko naudotis.

Arteriografijai vartojamų kontrastinių preparatų įvertinimas.

Kraujagyslėms kontrastuoti tinka tik toks skiedinys, kuris:

1) nežaloja pačių kraujagyslių,
2) nesužadina kraujotakos sutrikimų,
3) nėra žalingas organizmui,
4) stipriai atskiestas duoda gerą šešėlį.

Pradžioje arteriografijai buvo pavartota lipijodolis, halogenų druskos, būtent, natrium jodatum, natrium bromatum, strontium bromatum. Šitie junginiai del savo žalingo veikimo kraujagyslių intimai dabar nebevartojami. Juos pavartojus gali atsirasti cheminis arterijitas (artériite chemique). Pastaruoju metu diskutuojama vertė šių preparatų: uroselectan'o, uroselectan'o B, abrodil'io, tenebryl'io, perabrodyl'io, kollothorium'o ir thorotrast'o. Visi jie, išskyrus thorotrast'ą, yra organiniai jodo junginiai. Šiuo metu labiausiai mėgiamas ir daugiausia turi šalininkų thorotrast'as. Abrodil'is ir į jį panašūs preparatai turi tą neigiamą pusę, kad sukelia vazokonstrikciją ir arteriograma negali būti tiksli. Vartojant jodo preparatus tam, kad būtų išvengta skausmų, kuriuos jie sužadina, tenka kartais griebtis liumbalinės anestezijos, o kai kada net narkozės. Thorotrast'as nesužadina vasokonstrikcijos, nežaloja intimos; jo injekcija neskausminga ir duoda gerą kontrastavimą. Iš viso thorotrast'as būtų ideali arteriografijai priemonė, jei neturėtų vieno neigiamo savumo — jis iš organizmo beveik nepasišalina. Šita jo neigiamybė davė pagrindą atsirasti gausiems eksperimentiniams darbams, tačiau iki šiol vistiek tuo klausimu nesusidarė vienos bendros pažiūros. Dalis autorių, kaip, pvz., Dos Santos, Fontaine, Löhr, thorotrast'ą vartoja besąlyginai, o kiti, kaip, pvz., Bazy, Reboul, Racine, jojo ir dabar dar kratosi.

Yra tvirtai nustatyta, kad deponuotas thorium iš dalies lieka laisvas organizme, o iš dalies susitelkia retikulio-endote-

linėje sistemoje (ypatingai kepenyse, blužnyje, limfinėse liaukose ir kaulų čiulpuose). Maži jojo kiekiai randami dar kitų organų mezenchiminiuose audiniuose. Dalis thorotrast'o išsiskiria pro inkstus tik keliems mėnesiams praėjus po suleidimo (Montanini). Šitas faktas sukėlė ginčus deponuoto thorotrast'o veikimo organizmui klausimu, nes aiškiai žinoma, kad jis pasižymi dideliu radioaktyvumu. Manoma, kad radioaktyviškas thorium'o veikimas laikosi maždaug 15 metų. Suglaustai susipažinkime su thorotrast'o vartojimo priešininkų ir šalininkų motyvais.

Priešininkai remiasi daugiausia eksperimentiniais darbais. Ziffren teigia, kad 25 ccm thorotrast'o spindulių aktyvumas yra ekvivalentiškas 0,5—1,0 μg radium'o veikimui, o Taft konstatavo mirtiną veikimą, išsiskirsčius 1,2 μg radium'o kūne. Eksperimentuojant su gyvuliais, leidžiant mažas subkutanines injekcijas (žiurkėms 0,6 ccm, pelėms 0,2 ccm), gautos sarkomos ir fibromos. Huguenin'o, Nemours'o, Albot'o, de Sebah'o, Bratiano, Radovici, Meller'o, Oberlinger'o, Roussy'o ir dar daugelio kitų autorių darbais įrodytas žalingas thorotrast'o veikimas retikulio-endoteliniam aparatui. Dvejiems metams praėjus po hepatografijos su thorotrast'u, Sebah matė sunkius histologiškus sutrikimus Kupfer'o narveliuose. Naegeli, Lauche, Karnka, Amorosis regijoninėse limfinėse liaukose pastebėję nekrozes ir sklerozes nuo jose susitelkusio thorotrast'o; taip pat esą randama sklerozinių procesų kepenyse ir sutrikimų hemopoetinėje sistemoje. Thorotrast'o priešininkai mano, kad jis, susitelkęs organizme, galįs sužadinti vėžį. Jie remiasi Roussy'o, Oberling'o, Guérin'o darbais, kurie kartotinėmis thorotrast'o injekcijomis sužadinę baltosioms žiurkėms vėžį. „L'American Council on Pharmacy and Chemistry" raporte pripažino, jog thorotrast'o radioaktyviteto pavojus del alfa spindulių emanacijos esąs galimas ir remiąsis radioaktyvumo padidėjimo galimumu nuo dalinio skilimo į mesotorium ir radiotorium. Martland, išstudijavęs profesinius sužalojimus radioaktyviomis substancijomis, tvirtai nustatė, kad po manipuliacijų su jomis pakenkimo reiškiniai pradedą rastis tarp 1 ir 7 metų. Ta pačia proga tenka pastebėti, kad yra visai realus galimumas sensibiliteto padidėjimo rentgeno spinduliams tų audinių, kurie yra prisigėrę thorotrast'o.

Kitaip galvoja thorotrast'o šalininkai. Jie remiasi daugiausia stebėjimu. Iki 1938 metų Fontaine buvo padaręs su thorotrast'u 307 arteriogramas, Löhr—apie 2.000, Monitz—600, Dos Santos — 1.300 ir žalingų padarinių per eilę stebėjimo metų nė vienas iš jų nematęs. Pasak Van der Linden'o, nepaisant to, kad thorotrast'as vartojamas jau 8 metus, iki šiol nepastebėta nė vieno blogybinio naviko, kaip jo varto-

jimo padarinio. Tiesa, paravaskuliariškai įšvirkštas thorotrast'as neįsisiurbia, apauga jungiamuoju audiniu, — atsiranda thorotrastoma, bet, kad ji virstų blogybiniu naviku, tokių atsitikimų literatūroje neužfiksuota. Dos Santos mano, kad tik dideli thorotrast'o daviniai žaloją retikulio-endotelį ir sudarą palinkimą vėžiui, kaip kad teigia Roussy ir kai kurie kiti francūzų bei amerikiečių autoriai. Urban teigia, kad eksperimentai su gyvuliais negalį būti pažiūros kriteriu, nes eksperimentuojant su jais daromas didelis perdozavimas ir norint duoti proporcingą kiekį žmogui, tektų suleisti kelis litrus thorotrast'o. Tos pačios nuomonės ir Löhr, juo labiau, kad, pasak jo, eksperimentuodami su gyvuliais autoriai paprastai vartoja ne pastovų koloidinį thorotrast'ą, bet kitą kurį nestabilizuotą thorium'o preparatą.

Komplikacijos.

Literatūroje aprašyti keli mirties atsitikimai del arteriografijos. Dos Santos tatai aiškina jodo junginių vartojimu, nes iš 1.300 arteriografijų, jo paties darytų su thorotrast'u, nebuvę nė vieno mirties atsitikimo. Taip pat keli mirties atsitikimai užfiksuoti hemofilija sergantiems pacientams. Kartais literatūroje aprašomi galūnės gangrenos atsitikimai po kontrastinio preparato suleidimo. Garraud aprašo reaktyvinio šoko sindromą, pasitaikantį suleidus kontrastinio preparato. Tasai sindromas apibūdinamas baimės jutimu, būdingais skausmais, galūnės paralyžiaus ir anestezijos atsiradimu, tos galūnės odos marmurine išvaizda su vijoletinėmis dėmėmis. Reaktyvinis šokas galįs baigtis laimingai arba galūnės gangrena ir net mirtimi. Įšvirkštus kontrastpreparato perivazališkai, atsiranda stiprūs skausmai, patinimas ir deginimo jausmas. Praėjus 2—4 dienoms, kai buvo suleistas thorotrast'as, visi reiškiniai praeina. Deponuotas thorotrast'as į paravaskuliarinius audinius ilgainiui duoda gerybinį naviką — thorotrastomą. Kartais injekcijos vietoje susidaro hematoma.

Kontraindikacijos.

Praktiškai arteriografija su thorotrast'u laikoma nežalinga intervencija; tačiau turint galvoje eksperimentais randamą thorotrast'o žalingumą, labiau atsargesni autoriai (Cantiades, Naulleau, Ungar) pataria jauniems ir liguistiems žmonėms, ypatingai tiems, kurie turi sužalotas kepenis, blužnį ir apskritai hemopoetinę sistemą, nuo thorotrast'o vartojimo susilaikyti. Taip pat nepatartina daryti arteriografija karščiuojantiems, silpniems ligoniams.

Arteriografijų terapinė reikšmė.

Intraarterijinės kontrastinio preparato injekcijos teigiama terapinė įtaka, kurią pirmas nurodė Sgalitzer, daugelio autorių patvirtinama. Beutel ir Klein konstatavo tiesioginį farmako-dinaminį veikimą švirkščiamo preparato, kuris duoda arterijų ir arteriolių išsiplėtimą. Schüller mano, kad arteriografijos terapinis efektas nėsąs analogiškas su simpatektomija, kuri galima būtų prileisti, kaip kraujagyslės atpalaidavimo pasėka; jis aiškina tatai koncentruoto skiedinio audinių osmozišku dirginimu. Maždaug trečdaliu atsitikimų gaunamas terapinis efektas. Pažymėtina, kad tais atvejais, kai po injekcijos gautas pagerėjimas išnyksta, kartotinė injekcija tokiems asmenims vėl duoda pagerėjimą. Tuojau po injekcijos galūnė pasidaro šiltesnė, del gangrenos susidariusios opos gijimas pagerėja, gangreninės dalys greičiau demarkuojasi, ligoniai vėl gali vaikščioti. Nepaisant šito efekto, tvinksnis vis tiktai paprastai neapčiuopiamas. Padarytos tokiais atvejais kartotinės arteriografijos duoda stebėtinai geros kolateralinės kraujotakos vaizdą. Demel ir Sgalitzer nurodo, kad, darant periferinių kraujagyslių arteriografiją arteriosklerozės ir endarteriitis obliterans atvejais, kai kartu esti ir angiospazmas, tuojau išnykstą skausmai ir gaunamas pagerėjimas. Tiriant mikroskopiškai tokiais atvejais kapiliarų kilpų diametras randamas normalus. Tačiau šitas teigiamas padarinys užtrunkąs neilgai — keletą mėnesių. Šiuodu autoriai aprašo 4 atsitikimus, kuriems priskiriamas arteriografijos terapinis veikimas. Visais atvejais proceso buvo paliestos abidvi galūnės; tos galūnės išliko metams, kurioms buvo darytos arteriografijos, o antros pusės galūnės, kurioms arteriografija nebuvo daryta, teko amputuoti: išsaugoti nepavyko, nors buvo daryta sympathectomia pagal Lériche, arba sympathicusdiaphtheresis pagal Doppler'ą. Mūsų klinikoje iš visų atsitikimų neabejotinas pagerėjimas buvo konstatuotas vieną kartą. Keliais kitais atvejais buvo trumpalaikis pagerėjimas, trunkąs tik kelias paras arba net valandas.

Klaidinančios arteriogramos.

Pasitaiko arteriogramų, kurios prieštarauja operatyviu būdu rastiems objektyviams duomenims. Pvz., kad ir retai, bet būna atsitikimų, kada arteriograma rodo kraujagyslės nepraeinamumą, o operatyviai patikrinus, randamas normalus spindis. Tokių „klaidinančių arteriogramų" kilmė visaip aiškinama. Manoma, kad čia kalta švirkštimo technika — per greit arba per lėtai švirkščiama, kaltinamas pats kontrastinis preparatas ir t. t. Iliustracijai priminsiu du Maatz'o aprašytus atsitikimus.

1 atsitikimas. 61 metų amžiaus vyras, kuris buvo įtartas sergąs apendicitu, staiga ėmė skųstis dešiniosios kojos skausmais; galūnė šalta, balzganai cyanozinė, tvinksnis neapčiuopiamas. Intervencijos metu rastas art. iliaca rodomojo piršto galinio falango didumo embolas. Padaryta arteriograma parodė aukščiau adduktorinės angos, art. femoralis srityje, antrą stenozę, bet čia operacijos metu nieko panašaus nerasta. Kita arteriograma parodė art. poplitea užsikimšimą, bet ir čia operaciškai nieko nerasta. Sekcijos metu, išskyrus pooperaciškai susidariusios 9 cm ilgio krešulio salelės, embolas nebuvo rastas.

2 atsitikimas. 52 metų amžiaus vyras, kuriam po vainikinio infarkto įvyko kairiosios kojos embolija. Galūnė buvo šalta, išblyškusi ir labai skaudama. Arteriografijos metu susidarė įspūdis, kad embolas etapais slenka į periferiją. Perskrodus art. femoralis ties kirkšnies raiščiu, sienoje rasta sukalkėjusi plokštelė, bet embolo nebūta. Padarius dar dvi operacijas art. fermoralis ir art. poplitea srityse, embolo nerasta, nors, pasirėmus arteriogama, jis buvo įtartas tose vietose. Sekcijos metu rastas embolas art. iliaca išsišakojime, o periferijoje — jokių jo pėdsakų.

Šituodu atsitikimu paskatino M a a t z'ą pamėginti išaiškinti priežastį, darant eksperimentus su gyvuliais. Pasirodė, kad, net neperrišus kamieno, kraujas art. saphaena teka maždaug 4 kartus greičiau negu in art. femorali. Šitą reiškinį autorius aiškina srovės greitumo pakitimu narkozės metu. Kapiliarai silpnai tonizuotos arba visai be tonuso muskulatūros pasižymi dideliu kapiliariniu pasipriešinimu. Užspaudus art. iliaca, galima stebėti art. femoralis kraujo stagnacija, tuo pačiu metu in art. saphena kraujas transportuojamas. Injekcijos metu, pakėlus intrakraninį spaudimą, kontrastinis preparatas in art. femorali varomas pirmyn, o spaudimą panaikinus, grįžta atgal. Autorius taip pat pastebėjo, kad galūnės ritmiškos kontrakcijos duoda perijodišką stazę ir atgalinę srovę. Užspaudus kraujagyslės kamieną individams, turintiems sustyrusią kraujagyslių sistemą, kuri negali susitraukti ir išsiplėsti, atsiranda stagnacija ir atgalinė srovė. Pasirėmęs šitais savo stebėjimais, M a a t z pataria arteriografuojant, kad matytųsi visa kraujagyslių sistema, kontrastinio preparato suleisti pakankamą kiekį (kojai—35 ccm, rankai — 25 ccm); prieš arteriografiją ligonis kurį laiką neturi judinti tos galūnės, nevartoti narkozės ir kaip kontrastinį preparatą imti thorotrast'ą.

Išvados.

1. Arteriografija — tyrimo metodė, kuri padeda išaiškinti galūnių, o ypač kaukuolės vidaus, susirgimo pobūdį.
2. Arteriografijos dėka galima konstatuoti kraujagyslės spindžio pakitimo laipsnis, jo pobūdis, susiaurėjimo vieta ir kolateralių stovis.
3. Arteriografija tiksliai išsprendžia klausimą, ar turima reikalo su organiniu ar funkciniu susirgimu.
4. Esant periferinėje kraujotakos sistemoje stenozei, arteriografija tiksliai lokalizuoja kliūties vietą.
5. Arteriograma padeda tiksliau numatyti prognozę, nustatyti terapijos pobūdį.

6. Atsiradus reikalui galūnę amputuoti, arteriografija duoda pagrindą ją daryti ekonomiškiau, o kartais net aukščiau, negu pirmiau buvo numatyta.

7. Kai kuriais atvejais arteriografija yra ne tiktai tiksli, bet ir vienintelė diagnostinė priemonė.

8. Išsprendus kai kurias dar atviras problemas, arteriografija, kaip tikslios diagnostikos priemonė, ateityje klinicistų bus taikoma žymiai platesniu mastu.

Naudotoji literatūra.

1. Allen, E. and J. Camp: The value of arteriography. „Radiology" 22 t., 678—683 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 69 t., 305 psl.

2. Bazy, L. et H. Reboul: L'artériographie dans les affections ostéoarticulaires et osseus des membres. „Bull. Soc. nat. Chir. Paris." 60 t., 682—685 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 68 t., 466 psl.

3. Bazy, L. Reboul, H. et Racine, M.: Précisions sur les solutions de contraste et les facteurs mécaniques utilisés pour l'artériographie. „Bull. Soc. nat. Chir. Paris". 61 t., 198—202 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 72 t., 580 psl.

4. Beutel, A. u. Klein, O.: Perkutane Arteriographie als therapeutische Methode. „Med. Klin." 1936 m., 899—902 psl.

5. Caldas, P.: Artériographies en série avec l'appareil radiocarrousel. „Jour. de Radiol. et d'Electrolog." 1934 m. 1 nr., 34 psl.

6. Christ, C. u. Löhr, W.: Zur arteriographischen Diagnose und Therapie der Folgezustände nach Verletzungen grosser Extremitätengefässe. „Zentralblatt f. Chir." 1940 m., 194—204 psl.

7. Contiades, J., Naulleau, J. et Ungar, G.: Sur l'action vaso-motorice et les dangers des produits de contraste utilisés en artériographie. Recherches expérimentales et résultats cliniques. „Bull. Soc. nat. Chir. Paris". 61 t., 187—198 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 72 t., 420 psl.

8. Demel, R. u. M. Sgalitzer: Die therapeutischen Ergebnisse der Arteriographie an den Extremitaten. „Wien. Klin. Wschr." 1933 m. II, 1017—1021 ir 1043—1046 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 64 t., 484—486 psl.

9. Dimtza, A. u. Jaeger, W.: Zur Technik der Extremitätenarteriographie. „Radiol. Rdsch." 1938 m. 7 t., 207 psl.

10. Dimtza, A. u. Jaeger, W.: Über die Indikation der Arteriographie. „Fschr. Röntgenstr." 1938 m. 58 t. 1 nr., 40 psl.

11. Dos Santos, R.: L'artériographie dans le diagnostic des tumeurs osseuses. „Mémoires de l'Académie de Chirurgie" 1936 m. 20 nr., 868 psl.

12. Dos Santos, R.: La voie artérielle dans la séméiologie et la thérapeutique. Artériographie et artériotherapie. „Arch. ital. Chir." 51 t., 768—771 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 97 t., 170 psl.

13. Dos Santos, R.: Sur l'artériographie. Masson, 1931 m. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 73 t., 260 psl.

14. Dyes, O.: Gleichzeitige Röntgenaufnahmen mit gekreuzten Strahlenkegeln. „Röntgenprax." 1938 m. 4 nr., 252 psl.

15. Fariñas, P.: Differential diagnosis of bone tumors of the extremities by arteriography. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 1938 m.

16. Findeisen, L.: Az agyerek angiographiajarol. „Orvoskepzes" 1938 m. 1 nr., 78 psl.

17. Fontaine, R.: L'artériographie des membres. Sa technique; ses dangers; ses resultats dans les affections vasculares. „J. inter-

nat. de Chir.“ 2 t., 6 nr., 559—592 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir.“ 87 t., 18 psl.

18. Garraud, R.: Les accidents de l'artériocontrastographie (Étiude clinique). „Paris Med.“ 1937 m. II, 114—120 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir.“ 87 t., 18 psl.

19. Häussler, G.: Über stereoskopische Arteriogramme der Carotis interna. „Zbl. Neurochir.“ 1938 m. 5 nr., 313 psl.

20. Irie, G.: Über die Vasographie. „Journal of Oriental Medicine“ 1932 m. 17 t., 6 nr.

21. Kamikawa, K.: Arteriographische Untersuchung eines Röntgenulcus. „Geka“ 1938 m. 2 t., 8 nr.

22. Kulcsár, F.: Enkephalographia és arteriograpia egybevetéséböl eredö diagnosticus szempontok. „Orvosi Hetilap“ 1937 m. 46 nr., 1159 psl.

23. Lérische, R., Fontaine, R. et Frische, P.: Indications et résultats de l'artériographie dans les artérites. „Presse méd.“ 1933 m. II, 1100—1104 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir.“ 65 t., 460 psl.

24. Löhr, W.: Die Arteriographie der Hirngefässe. „Neue Deutsche Klinik“ 1937 m. 14 t., 5 nr., 653 psl.

25. Löhr, W.: Die Arteriographie im Dieste der Diagnostik bei Hirnverletzungen. „Arch. ortop. Chir.“ 38 t., 227—234 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir.“ 88 t., 80 psl.

26. Löhr, W. u. Jacobi, W.: Die Arteriographie und die kombinierte Encephalo-Arteriographie in der Diagnostik von Hirnkrankheiten, insbesondere der Hirngeschwülste. „Z. Hals-usw. Heilk.“ 1934 m. 36 t. 2—5 nr.

27. Löhr, W.: Die Bedeutung der Arteriographie für die neurologische Diagnostik bei Schädelverletzten. „Dtsch. Militärarzt“ 1937 m. 2 nr., 49 psl.

28. Löhr, W. u. Jacobi, W.: Die kombinierte Encephalo-Arteriographie. Leipzig; Georg Thieme 1933; 83 puslapiai. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir.“ 63 t., 74 psl.

29. Löhr, W.: Fortschritte in der Arteriographie bei Gehirnkrankheiten. „Zentralblatt f. Chir.“ 1934 m. 2167—2169 psl.

30. Löhr, W.: Hirngefässverletzungen in arteriographischer Darstellung. „Zentralblatt f. Chir.“ 1936 m. 2466—2482; 2593—2608; 2642—2652 psl. psl.

31. Löhr, W.: Organische Krankheiten der Gehirngefässe in arteriographischer Darstellung. „Fortsch. Geb. Nervenkrankh.“ 1939 m.

32. Löhr, W.: Veränderungen am Arteriogramm der Gehirnarterien bei Hirngeschwülsten. „Fortschr. Röntgenstr.“ 1935 m. 52 t., 4 nr., 369 psl.

33. Maatz, R.: Arteriographische Täuschungsbilder, welche Emboli vortäuschten und Veranlassung zu tierexperimentellen Untersuchungen gaben. „Zentralblatt f. Chir.“ 1938 m., 1436—1437 psl.

34. Maatz, R.: Eine Fehlerquelle in der Arteriographie der Extremitäten. „Zentralblatt f. Chir.“ 1938 m., 951—958 psl.

35. Monitz, E.: Clinica della angiografia cerebrale. Turin, 1938 m.

36. Monitz, E.: Déformations des sinus droit et longitudinal inférieur et des veines profondes du cerveau dans le diagnostic des néoplasies cérébrales. „Zbl. Neurochir.“ 1937 m. 4 nr., 214 psl.

37. Monitz, E.: Die cerebrale Arteriographie und Phlebographie. Berlin, Springer 1940 m., 413 psl.

38. Monitz, E., Alves, A., Caldas, P.: Interpretação das opacidades nas séries angiográficas da cabeça. „Lisboa Médica“ 1933 m. 10 t., 122 psl.

39. Monitz, E.: Nouvelle technique de l'encéphalographie artérielle; quelques cas de localisation de tumeurs cérébrales. „Presse méd." 1928 m., 44 nr., 689—693 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 44 t, 201 psl.

40. Monitz, E.: Sur la vitesse du sang dans l'organisme. Détermination de la vitesse de la circulation dans le cerveau, les méninges et les parties molles de la boite cranienne par l'artériophlébographie. „Annales de Médicine" 1932 m. 3 nr., 193 psl.

41. Monitz, E.: Ueber die Anwendung des Thorotrast zur arteriellen Encephalographie. „A Medicina Contemporanea" 1931 m. 45 nr.

42. Monitz, E., Pinto, A., Alves, A.: Visibilidade, aosraios X, do tronco basilar, artéria cerebral posterior e artérias cerebelosas. „A Medicina Contemporanea" 1933 m. 22 nr.

43. Montanini, N.: Le alterazioni tissurali da biossido di torio nell'uomo e nella cavia. „Arch. Med. e Chir." 4 t., 1 nr., 25—46 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 73 t., 410 psl.

44. Philippides, D.: Klinische Untersuchungsmethoden bei peripheren Gefässstörungen. „Der Chirurg" 1941 m., 129—140 psl.

45. Rapant, L.: Diagnostický a terapeutický význam arteriografie. „Časopis Lékařů Českých" 1938 m. 9 nr., 259 psl.

46. Rapant, Vl.: Zur Bedeutung der Arteriographie bei Embolien der Extremitatenarterien. „Der Chirurg" 1939 m. 11 nr., 584 — 592 psl.

47. Ratschow: Erkennung und Behandlung peripherer arterieller Durchblutungsstörungen. „Dermat. Wschr." 1938 m. 11 nr., 294 psl.

48. Raynaldo: Technik der Aortographie. Santrauka „Zentralblatt f. Chir." 1939 m. 49 nr., 2615 psl.

49. Riechert, T.: Kreislaufstörungen im Hirn im arteriographischen Bild. „Zbl. Neur." 1938 m. 161 t., 426 psl.

50. Rintelen, G.: Die Arteriographie als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel. „Zentralblatt f. Chir." 1937 m. 11 nr., 615—622 psl.

51. Rühe: Kasuistischer Beitrag aus der Wehrmachtsversorgung zur Bedeutung der Arteriographie. „Dtsch. Mil. Arzt." 1938 m. 3 nr., 107—108 psl.

52. Santos, R., Lamas et Coldos: Arteriographie des membres et de l'aorte abdominale. Paris, Masson et Cie, 1931 m.

53. Sato, T.: Ein seltener Fall von Arterienobliteration. „Klin. Wsch." 1938 m. 33 nr., 1154 psl.

54. Sjöqvist, O.: Arteriographische Darstellung der Gefässe der hinteren Schädelgrube. „Der Chirurg" 1938 m. 10 nr., 377—380 psl.

55. Schröder, C.: Zur Arteriographie und Operation von Kriegsaneurysmen. „Der Chirurg" 1941 m. 21 nr., 636—641 psl.

56. Schüller, J.: Arteriographie und Unfallbegutachtung. „Münch. med. Wschr." 1930 m. 1156—1158 psl.

57. Schüller, J.: Beitrag zum praktischen Wert der Arteriographie. „Münch. med. Wschr." 1930 m. 278—279 psl.

58. Schüller, J.: Zweijährige Erfahrung mit der Arteriographie. „Arch. orthop. Chir." 1931 m. 30 nr., 233—244 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 57 t., 181—182 psl.

59. Spehl, G.: A propos de quelques cas d'artériographie des membres. „Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie" 1933 m. 2 nr., 66 psl.

60. Тетельбаум, Е.: Артериография в клинике облитерирующего тромбангита. «Вестник хир.» 59 t., 464—474 psl.

61. Tönnis, W.: Anzeigestellung zur Arteriographie und Ventriculographie bei raumbeengenden intrakraniellen Processen. „Dtsch. med. Wschr." 1939 m., 246—249 psl.

62. Tönnis, W.: Die Bedeutung der „Angiographie cérebrale" für die Indikationsstellung zur Operation von Hirngeschwülsten. „Lisboa Médica" 1937 m. 12 nr., 773 psl.

63. Tönnis, W.: Über Hirngeschwülste. „Zbl. Neur." 1938 m. 161 t., 116 psl.

64. Urban, H.: Aussprache zu dem Vortrag von Löhr: „Erreichtes und Erstrebtes in der Arteriographie der Gehirngefässe", gehalten vor der Österreichischen Gesellschaft für Röntgenkunde am 12. Januar 1937 in Wien. „Fortschr. Röntgenstr." 1937 m. 55 t. 3 nr., 311 psl.

65. Urban, H.: Erfahrungen mit der Arteriographie des Gehirnes. „Wien. klin. Wschr." 1935 m. 28 nr., 924 psl.

66. Van der Linden, P.: Au sujet de l'artériographie. „Journal Belge de Radiologie". 1937 m. 26 t. 147 nr., 101 psl.

67. Vogt, A.: Praktische Bedeutung der Arteriographie für die Augenheilkunde. "Schweiz. med. Wschr." 1939 m. 5 nr., 89 psl.

68. Wildegans, H.: Die Arteriographie bei traumatischen Aneurysmen. „Der Chirurg" 1941 m. 1 nr., 6—13 psl.

69. Wertheimer et Frich: A propos de soixant-dix-sept arteriographies. „Bull. Soc. nat. Chir. Paris" 1935 m. 61 t., 361—363 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 73 t., 14 psl.

70. Yater, Wallace, M.: Thorotrast arteriography of the extremities with report of illustrative and unusual cases. „Amer Haert. J." 12 t., 383—405 psl. Santrauka „Ztr. Org. f. Chir." 83 t., 100 psl.

71. Zehnder, M.: Zur Technik der Arteriographie. „Zbl. Neurochir." 1937 m. 5/6 nr., 281 psl.

Autoreferat.

Es wird hier die Arteriographie als diagnostisches Hilfsmittel behandelt. Es werden einige klinische Fälle beschrieben, aus denen der Wert dieser Methode hervorgeht. Kurz zusammengefasst kann festgestellt werden:

1. Die Arteriographie ist eine Untersuchungsmethode, mit deren Hilfe die Art mancher Erkrankungen der Gliedmassen und besonders des Schädelinneren erkannt werden kann.
2. Dank der Arteriographie können Veränderungen des Blutgefässlumens, ihr Charakter, der Sitz von Verengerungen und der Zustand der Kollateralen festgestellt werden.
3. Die Arteriographie gestattet eine genaue Unterscheidung, ob ein organisches oder ein funktionelles Leiden vorliegt.
4. Im Falle einer Stenose des peripheren Blutgefässsystems wird durch die Arteriographie die genaue Störungsstelle festgestellt.
5. Die Arteriographie erleichtert eine genauere Stellung der Prognose und die Wahl der einzuschlagenden Behandlungsart.
6. Bei notwendig werdender Amputation von Gliedmassen kann diese durch die Arteriographie sparsamer gestaltet werden, bezw. kann sich durch ihre Anwendung die Notwendigkeit ergeben, höher zu amputieren, als dies sonst vorauszusehen möglich gewesen wäre.
7. In manchen Fällen ist die Arteriographie nicht nur ein genaues, sondern auch das einzige diagnostische Hilfsmittel.
8. Nach der Lösung einiger noch ungeklärter Fragen wird die Arteriographie als eine sehr exakte diagnostische Methode in Zukunft in weit höheren Masse klinisch angewandt werden.

Als Kontrastpräparat wurde vom Verfasser zur Arteriographie Thorotrast verwendet.

Gyd. Antanina Kaminskienė.

Kūdikių plaučių uždegimo gydymas sulfamidais.

(Iš Vilniaus Vaikų ligoninės).

Neseniai dar, kovojant su kūdikių mirtingumu, pirmiausia buvo sprendžiamas mitybos sutrikimo klausimas. Didelė šitoje srityje dietinio gydymo ir profilaktikos pažanga žymiai sumažino kūdikių mirtingumą ir šitą klausimą pastatė į antraeilę vietą. Bendrinis kūdikių mirtingumo skaičius susideda iš kelių pozicijų: 1) Įgimtinis silpnumas (debilitas congenita) ir išsivystymo trūkumai, 2) mitybos sutrikimai, 3) plaučių uždegimas, 4) įvairios kitos ligos. Tų kraštų statistikoje, kuriems daugiausia pavyko mirtingumas sumažinti, vis delto mirimų procentas dėl įgimto silpnumo ir išsivystymo trūkumų beveik nepasikeitė. Svarbiausias mirimų skaičiaus sumažėjimas pareina nuo virškinamųjų takų sutrikimų sumažėjimo. Jis yra toks žymus, kad pastaraisiais metais vakarų valstybių statistikoje antroje vietoje figūruoja plaučių uždegimas, tuo tarpu kai virškinamųjų takų sutrikimai liko trečioje vietoje. Todėl suprantama, kad šalia mitybos sutrikimų, plaučių uždegimo profilaktikos ir gydymo klausimas pediatrijoje yra pastovus ir gyvai interesuojantis. Mirtingumo del plaučių uždegimo sumažinimas paveiktų bendrinį kūdikių mirtingumą taip, kaip jau atsitiko su virškinamųjų takų sutrikimais.

Jeigu vaikų krupozinis plaučių uždegimas, normaliai eidamas, apskritai imant, duoda gerą prognozę, tai bronchopneumonija yra labai įvairi tiek savo ligos eiga, tiek prognoze. Tik naujesni darbai sudarė šito, taip įvairiai besireiškiančio, susirgimo tam tikrą sistemą.

Klinišku atžvilgiu pasirodė praktiškas N a s s a u 'o ir L. F. M e y e r'io bronchopneumonijos suskirstymas į šias formas:

1. T o k s i n ė f o r m a (s e p s i n ė), kuri prasideda staiga ir audringai, lydima didelio dusinimo (dyspnoë), stenėjimo (exspiratorisches Keuchen) ir sąmonės nustojimo. Šitas susirgimas per 1—2 dienas baigiasi mirtimi. Anatominiu atžvilgiu tat yra pūlingas daugybinis uždegimas (pneumonia abscedens disseminata).

2. A s t e n i n ė f o r m a (p a r a v e r t e b r a l i n ė, h i p o s t a z i n ė) paprastai pasireiškia kūdikiams, turintiems sunkų ūminės arba chroniškos formos mitybos sutrikimą, kaip terminalinis susirgimas, ir, kaip pats pavadinimas sako, praeina be žymesnių bendrinių reiškinių.

3. A s f i k s i n ė a p y ū m ė f o r m a, pasireiškianti nelaiku gimusiems ir naujagimiams, taip pat jauniems kūdi-

---

*) Šitas darbas atliktas prof. d-ro W. B u j a k'o nurodymais.

kiams ir vystosi su žymia cyanoze ir asfiksijos priepuoliais. Šitos grupės pneumonikų mirtingumas yra didelis.

4. Meningitinė ir eklampsinė forma sukelia maumuonėlio išsipūtimą, sprando sustingimą, konvulsijas ir sąmonės netekimą, kas dažnai pasireiškia anksčiau už fizinius pakitimus plaučiuose, ir šitie pastarieji paprastai galima konstatuoti tik po poros dienų.

5. Intestinalinė forma, pasireiškianti alimentarinės toksikozės simptomais: vėmimu, viduriavimu, išdžiūvimu (exsiccosis) ir toksinių sąmonės sutrikimu.

6. Kardio-vaskuliarinė forma sukelia išblyškimą ir ryškią cyanozę, kraujospūdžio sumažėjimą, didelį dusinimą, kepenų padidėjimą ir pilvo išsipūtimą. Mirtingumas didelis.

7. Atoninė forma reiškiasi pabalimu su nedidele cyanoze, dideliu meteorizmu del pilvo raumenų hipotonijos, diafragmos pakilimu, kas apsunkina širdies veiklą ir diafragmos judesius, del ko vėliau išsivysto dusulys. Prognozė šiais atsitikimais yra abejotina.

8. Pulmonalinė forma. Ji yra dažniausia. Liga sudaro vietinio susirgimo vaizdą, be žymesnio kraujo apytakos sistemos sutrikimo, be didesnio dusinimo ir be ryškesnių bendrinių reiškinių, netgi esant plaučiuose didesniems uždegimo židiniams. Šita forma yra mažiausiai mirtinga.

Šitos kelios pastabos rodo, kad kai kurios pneumonijos formos pareina nuo vaiko amžiaus. Krupozinė pneumonija pirmaisiais penkiais mėnesiais paprastai nepasirodo. Asfiksinė apyūmė forma yra būdinga jauniausio amžiaus kūdikiams. Asteninė forma, pareinanti nuo sunkių virškinamųjų takų sutrikimų, pasitaiko dažniau jaunesniems kūdikiams. Pulmonalinė forma, kuri prognozės atžvilgiu yra geriausia, apskritai pasitaiko tiems vaikams, kurie anksčiau buvo visiškai sveiki ir gerai išsivystę. Kurie veiksniai yra kitų bronchopneumonijos formų priežastimi, konkrečiai sunku atsakyti. Apskritai galima pasakyti, kad rachitikų vaikų prognozė yra blogesnė. Be rachito, bronchopneumonijos eigai turi įtakos epidemijos pobūdis ir metų laikas (Wiskott), neabejotinai čia turi reikšmės ir konstituciniai savumai, kurių negalima tiksliau apibrėžti. Pagaliau reikia turėti galvoje ligos sukėlėjo rūšis ir jo virulentingumas.

Bronchopneumonijos atsitikimų mirtingumo statistika yra labai įvairi. Pagal Holt'ą ir Howland'ą pirmaisiais gyvenimo metais siekia 66%, antraisiais metais — 55%. Pagal Finkelstein'ą pirmaisiais gyvenimo metais miršta 50—66%, pagal Nobécourt'ą — 30—60%. Pasak Stankiewicz'iaus, mirtingumas pirmąjį gyvenimo pusmetį siekia 52%, antrąjį pusmetį — 38,5%. Wiskott apskai-

čiavo, kad 4—12 mėnesių kūdikių miršta 23,5%, atsitikimais be rachito, tuo tarpu — 42% atsitikimais, paliestais rachito. Įvairių statistikų sulyginimas yra tuo sunkus, kad dažnai apskaičiavimai yra daryti įvairiais būdais; tačiau netenka abejoti, kad mirtingumas del bronchopneumonijos pirmaisiais dviem gyvenimo metais reikalauja daug aukų.

Sunku būtų įrodyti, ar iki šiol taikomi gydymo būdai turi ryškesnę įtaką plaučių uždegimams. Iš etiotropinių preparatų, kaip, pvz., chininas, optochinas, antipneumokokinis serumas, nė vienas neišsikovojo tvirtesnių pilietybės teisių. Paprastai taikomi veiksmai, kaip, pvz., taurės, garsvyčios ir šildomieji kompresai, gal būt, duoda tam tikrą naudą, bet tiktai laikinę. Ar gydymas grynu oru („Freiluftbehandlung") mūsų klimate, esant plaučių uždegimo atsitikimų padaugėjimui rudens ir žiemos laiku, galima būtų sistemingai atlikti, yra gana abejotinas dalykas, o ypač dar karo metu, kai visko stoka (nuolatinė globa, šildytuvai, verandos); todėl asmeniško patyrimo šitoje srityje neturiu. Kai kurių klinicistų propaguojamas kraujo švirkštimas ir transfūzijos, kaip atrodo, nepatenkino tų vilčių, kurių buvo iš šitos metodės laukiama.

Paskutiniu laiku pediatrinėje spaudoje yra gyvai diskutuojama sulfamidinė terapija. Iš sunkiai dabar prieinamos užsieninės spaudos, kiek man pasisekė jos surinkti, išeina, kad pažiūros apie šitokio gydymo rezultatus dar nėra nusistovėjusios; ir taip B. W. Carey ir T. B. Cooley, darydami palyginamuosius tyrimus su apskritai imant gana dideliu vaikų skaičiumi, pateikia šitokį mirtingumą:

Iš 284 atsitikimų, gydytų sulfapiridinu, 0—2 metų amž. —4,3 %, 2—12 metų — 0,9%;

iš 106 atsitikimų, gydytų specifišku serumu, 0—2 metų amž. —11,5%, 2—12 metų — 1,8%;

iš 276 atsitikimų, gydytų simptomiškai, 0—2 metų amž. —12,6%, 2—12 metų — 2,9%.

Müller'io ir Hess'o apskaičiavimais iš 107 bronchopneumonijų, gydytų eubazinu, mirę 17,7%, kas laikoma nežymiu gydymo rezultatu; plaučių uždegimų atvejais gripo, tymų, kokliušo atsitikimais nepastebėję jokio teigiamo veikimo. Šitas vaistas nerodė jokios įtakos plaučių uždegiminio infiltrato rezorbcijai, nesulaikydavo pleurinio eksudato susidarymo ir vidurinės ausies uždegimo.

Dieteringo statistikoje iš 16 kūdikių pneumonininkų, gydytų eubazinu, mirę 2, iš 7 gydytų simptomiškai — 4; iš to daroma išvada apie teigiamą eubazino veikimą, kurio, tačiau, nepastebėta plaučių uždegimo atveju nuo tymų.

Hempfingui vartojant tą patį vaistą, iš 17 kūdikių mirę 2, iš 22 gydytų simptomiškai, mirę 7. Gydant eubazinu temperatūra dažniausiai krisdavusi po 2—3 dienų, bet fiziniai

reiškiniai pranykdavę tik maždaug po 8 dienų. Kontroliniais atsitikimais, gydytais be eubazino, pagerėjimas būdavęs sulaukiamas vėliau.

Hulst ir Jordan vartojo sulfanilamidopiridiną 17 bronchopneumonijos atsitikimų, iš kurių mirė 1 vaikas, o dviem nepastebėta jokio teigiamo veikimo.

Iš kelių autorių pateiktų duomenų sunku pakankamai spręsti apie sulfamidų vertę gydant bronchopneumoniją, kadangi šitos statistikos yra labai įvairiai sudarytos ir remiasi iš dalies nedideliu atsitikimų skaičiumi. Išimtį sudaro tik Carey'o ir Cooley'o lentelė, kuri aiškiai kalba šito gydymo naudai.

Turėdama tam tikrą patyrimą iš Vaikų ligoninės Vilniuje, kur bronchopneumonijos atsitikimai sudaro gana didelį gydomųjų skaičių, pateikiu gydymo sulfamidais rezultatus, galvodama, kad bus tat tam tikras priedas sprendžiant neišaiškintą klausimą.

Visais atsitikimais buvo vartota sulfidinas (2 para-aminobenzol-sulfonamidopyridinas) 0,1 g vienam kg kūno svorio per parą, suskirstytas į 6 lygius davinius, kurie buvo duodami ligoniui kas 4 val. su 1% druskos rūgšties (ac. hydrochloricum). Šitas druskos rūgšties priedas tuo yra svarbus, kad nepakankamo rūgštingumo skrandžio sunkos atsitikimais, sulfamidų išsiskyrimas šlapimuose yra nepakankamas, kas įrodo, kad ir rezorbcija virškinamuosiuose takuose gali būti taip pat nepakankama. Šita išvada padaryta, pasirėmus nepaskelbtais apie sulfamidų iš organizmo išsiskyrimą darbais, kurie buvo atlikti mūsų ligoninės cheminėje laboratorijoje prof. V. Mozolowski'o epideminio meningito atsitikimais. Nuo tokio dozavimo, kartais taikomo ilgesnį laiką, net iki 2 savaičių, niekuomet nepastebėjome rimtesnių sutrikimų.

Atsitikimai, kuriuos žemiau pateikiu, apima kūdikius tik iki 15 mėnesių amžiaus. Lentelės suskirstytos tokiu būdu, kad atskirai surūšiuoti atsitikimai nuo 0—3 mėn. amžiaus, žymint tą skiltį I ketvirčiu (skaitant vertikaliai), antroje skiltyje paduoti atsitikimai nuo 4—6 mėn. amžiaus (II ketvirtis), trečioji skiltis apima amžių 7—15 mėn. (III, IV, V ketvirčiai). Šitas suskirstymas turi tam tikrą pagrindą atsižvelgiant į įvairias plaučių uždegimo formas, pasireiškiančias šitais laikotarpiais. Pagal Wiskott'o tyrimus pirmame ketvirtyje pasireiškia išimtinai primityvinė plaučių uždegimo forma, II-ame ketvirtyje, be primityvinės formos, pasireiškia jau labiau subrendusios formos, o III, IV ir V ketvirčiuose abi tos formos pasireiškia maždaug vienodai dažnai. Pribrendusios formos, kaip krupozinė pneumonia, pasitaiko jau dažniau 2-aisiais gyvenimo metais ir tai paprastai apie 17—18 mėn., o kadangi šitos formos ir negydomos duoda palyginti gerą prognozę, to-

dėl, norėdama gauti daugiau įtikinamų rezultatų, į savo statistiką šitų atstikimų neįtraukiau.

Lentelės kiekvienas ketvirtis yra padalytas įstriža linija į 2 trikampius. Viršutiniame trikampyje yra pateiktas bendras stebėtų atsitikimų skaičius kartu su mirusiais, apatiniame — mirimų skaičius. I-os lentelės duomenys apima visus kūdikių plaučių uždegimų atsitikimus, stebėtus ligoninėje nuo 1941 metų sausio mėn. iki 1942 metų birželio mėn., gydytus sulfidinu, taip pat ir tuos, kuriems pasireiškė kokliušo, tymų ir mitybos sutrikimo komplikacijos. Į mirimų grupę įtrau-

I-ji lentelė.

Ketvirtis	I	II	III, IV V	Iš viso	Mirtingumo %
Pneumonia pulmonalis	6 /	9 / 1	29 / 2	44 / 3	6,8
Pneumonia cardio-vascularis	5 / 4	9 / 3	15 / 8	29 / 15	51,7
Pneumonia meningealis	/	2 /	4 /	6 /	
Pneumonia atonica ..	1 / 1	/	3 / 1	4 / 2	50
Pneumonia subacuta asphyctica	1 / 1	/	/	1 / 1	
Pneumonia asthenica..	1 /	/	/	1 /	
Pneumonia intestinalis	5 / 1	3 / 2	7 / 1	15 / 4	26,6
Iš viso	19 / 7	23 / 6	58 / 12	100 / 25	25
Mirtingumo %	36,8	26	20,7	25	

kiau ir tuos ligonius, kurie, sirgdami plaučių uždegimu, mirė del kitos ligos, kaip, pvz., vienu atsitikimu erysipelas necroticans.

Peržiūrėję I-osios lentelės duomenis, matome, kad iš 100 ligonių mirė 25. Didžiausias mirimų skaičius buvo kardiovaskuliarinės formos ir maždaug toks pat skaičius atoninės formos. Mažiausias mirimų skaičius buvo pulmonalinės formos. Žiūrėdami į lentelę vertikaline kryptimi ir lygindami skaičius pagal kūdikių amžių, pastebėsime, kad mirtingumas mažėja kartu su amžiumi, kitaip tariant, didžiausias yra I-jame ketvirtyje. Taip pat ir šituo laikotarpiu geriausią prognozę duoda pulmonalinė ir intestinalinė forma.

Yra žinoma, kad bronchopneumonijų atsitikimais labai neigiamai ligą veikia rachitas. Tat aiškiai matome ir mūsų medžiagoje, parodytoje II lentelėje. Šitoje lentelėje nepažymėti kūdikiai iki 3 mėn. amžiaus, nes rachitas paprastai pasireiškia vėliau. Kūdikių rachitikų mirtingumas esti 2 kartus didesnis, nepaisant sulfamidinio gydymo. Jeigu galima daryti išvadas iš tokių mažų skaičių, tai reikia pastebėti, kad rachitas neturi įtakos plaučių uždegimo formoms, nes kaip iš abiejų lentelės dalių palyginimo matyti, tos formos vienodai yra atstovaujamos abiem grupėms, su ta pastaba, kad dažniausiai pasitaiko pulmonalinė ir kardio-vaskuliarinė formos. Mūsų bendrinėje statistikoje didesnis rachitikų vaikų mirtingumas pareina nuo didesnio abiejų šitų formų mirtingumo.

Kad sulfamidai turi įtakos bronchopneumonijai, tat rodo labai dažnai pastebimas temperatūros kritimas jau po poros gydymo dienų. Temperatūros kritimo dieną mūsų 100 atsitikimų rodo III lentelė.

Iš 93 karščiuojančių ir sulfidinu gydytų ligonių temperatūros kritimas per 5 dienas pasirodė 66-iems. Ar temperatūros kritimas 6—12 dieną, kaip tat buvo 7 ligoniams, galima priskirti sulfidinui, būtų ginčytinas dalykas. Temperatūrai krintant dauguma atsitikimų įvykdavo ir bendrinis stovio pagerėjimas, nors fiziniai reiškiniai dar nebuvo pakitę. Šitie mano stebėjimai sutinka su Hempfing'o duomenimis, kuris, vartodamas eubaziną, pastebėdavo temperatūros kritimą po 2—3 dienų, o tik po 8 dienų pagerėjimą arba fizinių reiškinių nykimą. Vertas pastebėti faktas, kad 2 atsitikimais, nepaisant temperatūros kritimo, bendrinio pagerėjimo nebuvo, ir tie kūdikiai mirė del kraujo apytakos adinamijos. Nevisuomet nuo sulfidino krisdavo temperatūra, nes iš mūsų 100 ligonių 20-čiai nepastebėjome jokios šita kryptimi įtakos.

Komplikacijoms, kaip, pvz., ausies uždegimui, pleuros eksudatui išvengti sulfidinas neturėjo jokios įtakos. Iš mūsų ligonių ausies uždegimas buvo 5-iems, o pleuros eksudatas 3-ms. Tuos pačius reiškinius pastebėjo, gydydami sulfidinu, ir Hess su Müller'iu. Tačiau turiu įspūdžio, kad keliems

II-ji lentelė.

Ketvirtis	Su rachitais				Be rachitų			
	II	III, IV, V	Iš viso	Mirtingumo %	II	III, IV, V	Iš viso	Mirtingumo %
Pneumonia pulmonalis..	4 /	13 / 2	17 / 2	11,7	5 / 1	16 /	21 / 1	4,7
Pneumonia cardio-vascularis	4 / 2	8 / 5	12 / 7	58,3	5 / 1	7 / 3	12 / 4	33,3
Pneumonia meningealis..	2 /	/	2 /		/	4 /	4 /	
Pneumonia atonica.....	/	2 / 1	3 / 1		/	1 /	1 /	
Pneumonia subacuta asphyctica	/	/	/		/	/	/	
Pneumonia asthenica	/	/	/		/	/	/	
Pneumonia intestinalis ..	2 / 1	1 /	3 / 1		1 / 1	6 / 1	7 / 2	
Iš viso.....	12 / 3	24 / 8	36 / 11	30,5	11 / 3	34 / 4	45 / 7	15,5
Mirtingumo %.....	25	33,3	30,5		27,2	11,7	15,5	

III-ji lentelė.

Dienos temperatūros kritimo	1	2	3	4	5	6	7	9	12	Nekrito	be t°
Iš 100-to atsitikimų	1	23	24	9	9	3	1	2	1	20	7
			66								

pūlingo pleuros uždegimo atsitikimams, sistemiškai gydytiems punkcijomis, sulfidinas sutrumpindavo gydymo laiką. Pastebėtų atsitikimų skaičius tačiau yra per mažas, kad iš jų galima būtų susidaryti tam tikra nuomonė. Panašiai atrodo, kad plaučių uždegimo atsitikimu nuo kokliušo teigiamo sulfidino veikimo neteko pastebėti, o plaučių uždegimo atsitikimu nuo tymų buvo kartais teigiamas veikimas.

Norint atsakyti į klausimą, ar sulfamidais gydymas turi įtakos mirtingumo sumažėjimui, pasirinkau 77 analogiškus atsitikimus to paties amžiaus, negydytus sulfidinu. Kitos gydymo priemonės, kaip, pvz., cardiaca, glucosa, garsvyčios, abiem grupėms buvo vienodai taikomos.

Toje 77 kūdikių grupėje iki 15 mėn. amžiaus mirė 24 ligoninėje, 5 išsirašė beviltiškame stovyje, taip, kad jie reikia priskaityti prie mirusių, kas iš viso sudaro 29, arba 37% mirusiųjų.

Tuo būdu sulfidinu gydytų, t. y. 25%, mirtingumas būtų 12% mažesnis. Nors mano duomenys kalbėtų sulfamidų gydymo naudai, tačiau šitos išvados negalima padaryti, kaip visai tikros, atsižvelgiant į mažų skaičių klaidos galimumą; tat pareina nuo apskaičiavimo tikslumo. Pagal Davidov'o tikslumui nustatyti apskaičiavimo lenteles, iš 100 atsitikimų su 25% mirtingumu, nukrypimas nuo tikrojo vidurkio siekia 12, tai išeina, kad, imant žymiai didesnį atsitikimų skaičių, realus tikslumas gali svyruoti 13—37% ribose. 77 atsitikimais, negydytais sulfidinu, yra 37% mirtingumas, nukrypimas siekia apie 15, o tikslingumo riba yra tarp 22—52%. Taigi, riba tikslingumo, gydant sulfidinu (13—37%), telpa ribose tikslingumo negydytais sulfidinu atsitikimais, del to šitas skirtumas gali būti atsitiktinis ir galutinių išvadų sulfidino įtakos del mirtingumo plaučių uždegimus gydant negalima padaryti.

Ir literatūroje šitas klausimas dar nėra išaiškintas. Be nuomonių, kalbančių už sulfamidus plaučių uždegimus gydant, kurias aukščiau esu minėjusi, yra ir visiškai priešingų nuomonių. Pvz., Goebel teigia, kad jis nepastebėjęs naudingo sulfamidų veikimo gydant bronchopneumonijas pirmaisiais gyvenimo metais, tuo tarpu gydant plaučių uždegimus nelaiku gimusių, mirtingumas kritęs iki $^1/_3$. Panašiai pastebi ir Beck, kad eubazino veikimas primityvioms plaučių uždegimo formoms yra abejotinas, tačiau giria jo veikimą krupozinio plau-

čių uždegimo, pūlingų bronchitų ir bronchiektazijų atsitikimais.

Esant tokiam skirtumui nuomonių, paremtų apskritai imant negausia medžiaga, didesnis atsitikimų kiekis, kuris man pavyko surinkti, gali sudaryti tam tikrą indėlį į taip įdomų ir praktiškai svarbų klausimą, kurio galutinis išsprendimas reikalauja gausesnio skaičiaus stebėjimų.

Sulfamidų veikimo būdas nėra dar galutinai išaiškintas; tik tat aišku, kad tai nėra tiesioginis bakteriocidiškas veikimas, bet susideda iš įvairių komplikuotų veiksnių. Pasak F l u r y'o, sulfamidai veikią per netiesioginius produktus („intermediäre Produkte"), turinčius įtakos narvelių kvėpavimui, jų biologinei oksidacijai ir redukcijai, kraujo dažams, geležiai ir baltųjų kraujo rutulėlių sistemai. Šitie netiesioginiai produktai padeda organizmui pakeisti reakcinius sugebėjimus, būtent, atsiranda didesnis atsparumas ir padidėja fagocitozė. Be to, pastebėtas sulaikantis veikimas bakterijų augimui, jų virulencijai ir sugebėjimui produkuoti toksinus, kurie esti susilpninami. Nuo didelių davinių, F l u r y'o teigimu, vyksta atvirkščios reakcijos. Toksinis sulfamidų veikimas pasireiškia pilvo skausmais, vėmimu, cyanoze, hematūrija ir išbėrimais.

Laikydamiesi davinių ir vartojimo būdų, kuriuos aukščiau esu aprašiusi, nepastebėjome jokio pašalinio sulfidino veikimo, gal būt kartais tik sumažėjusį apetitą, kuris betgi galėjo pareiti ir nuo pačios ligos, ir porą eriteminio išbėrimo atsitikimų.

Iš viso, kas aukščiau pasakyta, prieinu išvadą, kad kai kuriais bronchopneumonijos atsitikimais sulfidinas veikia teigiamai, sutrumpindamas temperatūros laiką, betgi gydytų ligonių mirtingumas buvo vistik gana didelis.

Išvados.

1. Iš 100 bronchopneumonijos atsitikimų (kūdikių iki 15 mėn. amž.), gydytų sulfidinu, mirtingumas siekia 25%.

77 analogiškais atsitikimais, gydytais be sulfidino, mirė 29 (37%).

2. Iš 36 rachitikų kūdikių, gydytų sulfidinu, mirė 11 (30,5%), tuo tarpu iš 45 nerachitikų kūdikių mirė 7 (15,5%).

3. Mirtingumas nuo bronchopneumonijos yra dažniausias I-me gyvenimo ketvirtyje ir mažėja kartu su amžiumi. Didžiausias mirimų skaičius pastebimas kardio-vaskuliarinėje ir atoninėje formoje.

4. Gydant sulfidinu temperatūra didesniam atsitikimų skaičiui (66%) krito 1—5 dieną, dažniausiai 2—3 dieną (47%); 20% sulfidinas neparodė jokio veikimo.

5. Komplikacijų išsivystymo plaučių uždegimo atsitikimais sulfidinas nesulaiko.

6. Vartojant 0,1 gr sulfidino vienam kg svorio parai ir vartojant su druskos rūgštimi, nestebėjome jokio neigiamo veikimo.

7. Neskaitant geresnių rezultatų ligoniams, gydytiems sulfidinu, lyginant su ligoniais, gydytais paprastomis priemonėmis, negalime tačiau siūlyti galutinės nuomonės del sulfidino vertingumo gydant bronchopneumonijas, nes yra mažas skaičius stebėtų ligonių.

Literatūra.

Beck: Ref. „Kinderärztl. Praxis". 1942. 3 sąs.
Carey, B. W. and Cooley, T. B.: „J. Pediat." 1939, 5 s. (Ref. „British Chem. and Physiol. Abstracts". A. III. 1940, 243 p.).
Dietering, H.: „Kinderärztl. Praxis". 1941, 9 s.
Finkelstein, H.: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. Berlin, 1924.
Flury: Ref. „Kinderäztl. Praxis". 1942, 3 s.
Goebel: Ref. „Kinderärztl. Praxis", 1942, 3 s.
Hempfing, W.: „Kinderärztl. Praxis", 1941, 11 s.
Holt, E. i Howland, J.: Choroby niemowląt i dzieci. Warszawa, 1936.
Hulst-Jordan: Ref. „Kinderärztl. Praxis". 1941, 9 s.
Karaffa - Korbut, K.: Zarys higieny. Wilno, 1925 (Zasady statystyki sanitarnej).
Müller - Hess: Ref. „Kinderärztl. Praxis." 1942, 3 s.
Nobécourt, P.: Précis de Médecine des enfants. Paris, IV-édition.
Stankiewicz, R.: Choroby dróg oddechowych, podręcznik W. Jasińskiego: „Choroby dzieci." T. II. Warszawa, 1938.
Wiskott, A.: Zur Pathogenese, Klinik und Systematik der frühkindlichen Lungenentzündungen. Berlin, 1932.

Zusammenfassung.

Das Material von 177 Beobachtungen an Kindern mit Bronchopneumonie im Alter bis zu 15 Monaten teilt die Verfasserin in Gruppen je nach dem Alter, der klinischen Form der Lungenentzündung und den Rachitissymptomen und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

In 100 mit Sulfidin (2 Paraaminobenzol—Sulfonamidopyridin) behandelten Fällen betrug die Mortalität 25%, während in 77 Bronchopneumonien in demselben Alter, ohne Sulfidinbehandlung, die Sterblichkeit 37% betrug. Von 36 rachitischen Kindern sind bei der Sulfidinbehandlung 30,5% gestorben, von 45 rachitisfreien dagegen nur 15%. Die Sterblichkeit an Bronchopneumonie ist am höchsten im I Lebensvierteljahr und fällt mit dem Alter ab, die höchste Sterbeziffer wurde bei der kardio-vaskulären und atonischen Form beobachtet. Bei der Sulfidinbehandlung war das Fieber binnen 1—5 Tagen gesunken in 66%, und zwar meistens am 2. und 3. Tag (47%), in 20% der Fälle war kein günstiger Einfluss zu konstatieren. Gegen Komplikationen, wie Otitis und Pleuraexsudat, war Sulfidin wirkungslos. Die üblichen Dosen von 0,1 g pro Kilo Körpergewicht und pro Tag, auf 6 gleiche Gaben verteilt und vierstündlich in 1% Salzsäurelösung verabreicht, wurden von den Kindern ausnahmslos gut vertragen.

Obwohl die Sterblichkeit bei der Sulfidinbehandlung niedriger war als bei den mit den üblichen Mitteln behandelten Fällen, lässt sich über den Wert der Sulfamide bei der Bronchopneumonie der Säuglinge wegen der zu geringen Zahl der Beobachtungen noch kein endgültiges Urteil sprechen.

Gyd. J. Margenis,
Joniškėlio apylinkės ligoninės direktorius.

Hipertonija arba hipertensija ir jos gydymas.

Daugeliui arteriosklerozininkų jau pradinėje išsivystymo stadijoje (praesclerosis) pirmiausia pasirodo hipertonija arba hipertensija, būdingas žymus arterijinio spaudimo pakilimas, iki 180—250 mm Hg, dauguma atsitikimų susijęs su smulkiausių arterijų sienelių sustorėjimu ir sukietėjimu.

Etiologija.

Hipertonijos etiologija dar ne visai išaiškinta. Kai kurie autoriai laiko hipertoniją arteriosklerozės pradžia, jos pirmąja stadija, — iš čia ir pavadinimas praesclerosis. Jų nuomone etiologijai vaidinąs vaidmenį smulkiausių arterijų sienelių sustorėjimas bei sukietėjimas, sukeliąs kraujospūdžio padidėjimą, širdies hipertrofiją ir glomeruliškai raukšlėtą inkstą. Teisingiau, kraujospūdžio pakilimas pareina ne del organiško smulkiausių arterijų sienelių pakitimo, bet del vazomotorų tonus'o ir jų labiliškumo padidėjimo. Tuo būdu hipertonijos priežastimi yra funkcinis smulkiausių arterijų spindžio susiaurėjimas, teikiąs padidėjusį pasipriešinimą kraujotakai iš arterijų sistemos pusės. Manoma, kad dauguma atsitikimų hipertonija pareina nuo padidėjusio dirginimo vazomotorinių centrų pailgėnse smegenyse arba su jais susijusių kitų centrų, esančių hypothalamus'o ir corpus striatum srityse. Šitoji nuomonė patvirtina vadinamą esencialinę hipertoniją, kuri laikoma vegetatyvine neuroze. Pasak Schnirer'io, esencialinė hipertonija esanti centrinė, vegetatyvinė ir hormoninė (klimakteriniame perijode) neurozė, susijusi su angina pectoris, nutukimu, arteriosklerozė, artritais, ir kurios akstinu dar galį būti žymūs temperatūros svyravimai, alkoholis, nikotinas, kava ir kiti nuodai. Tačiau, tiek inkstų arteriosklerozė, tiek pat ir hipertonija gali būti inkstų arterijolių padidėjusio spazmiško susitraukimo su jų sienelių pakitimais padarinys.

Trečioji autorių grupė hipertoniją laiko inkstų arba, tikriau, jų smulkiausių kraujagyslių ir pirmiausia glomerulių bei vasa afferentia susirgimu. Jų nuomone pirmiausia esąs gaunamas neva arteriosklerozinis raukšlėtas inkstas, ko dėliai iš pradžių procesas pasireiškiąs kraujospūdžio pakitimu širdyje, o vėliau jau šlapimų analizės duomenimis. Tačiau dauguma aukšto arterinio kraujospūdžio atsitikimų nebūna simptomų iš inkstų pusės ir histologiškoje inkstų struktūroje randami tik nežymūs pakitimai. Tuo būdu kai kuriais atvejais inkstų pakitimai turi būti įžiūrimi ne kaip vyraująs stovis, bet kaip išeinąs iš bendrinių liguistų procesų apsireiškimų.

Neginčytina, kad endokrino - vegetatyvinė sistema turi įtakos hipertonijai išsivystyti per vazomotorus, ypatingai moterims klimakteriniame perijode (klimakterium'o hipertonija), kurioms menopauzėje kartais žymiai pakyla kraujospūdis, o taip pat ir esencialinės neurozinės hipertonijos atsitikimais.

Psichika taip pat turi įtakos hipertonijai. Psichiškas susijaudinimas sudirgina vazomotorinius centrus. Stebėjimai parodė, kad psichiškam susijaudinimui atitinkamai kraujospūdžio pakilimas yra žymiai stipresnis hipertonikams, negu sveikiems subjektams.

Ne mažesnės įtakos hipertonijai turi ir paveldėjimas. Dažnai vienos šeimos narių tarpe stebima hipertonija, kuri, pasak W e i t z'o ir kitų, sutinkama dominuojančiame tipe. Nurodoma, kad hipertonija, ypač esencialinė, sutinkama žymiai dažniau hipersteniškosios konstitucijos asmenų tarpe. Hipertonija dažniau serga aptukėliai, podagrikai ir diabetikai. Be to, didelę reikšmę turi per gausus maitinimasis su dideliu gyvulinių baltymų kiekiu, o taip pat ir per gausūs gėrimai.

Toliau, patologišką visų periferinių kraujagyslių sutrikimą ir arterijinio spaudimo pakilimą gali sukelti įvairūs toksiški momentai, infekcijos ir jų nuodai. Profesiniai veiksniai, k. a.: sunkus fizinis darbas, žymūs temperatūros svyravimai ir chroniškas apsinuodijimas švinu, hipertonijai išsivystyti yra reikalingi tolimesnių stebėjimų ir patikrinimų.

Dažnai hipertonija yra susijusi su arterioskleroze, bet tas sąsyjis tarp jų iki šiol galutinai dar neišaiškintas. Galima manyti, kad abu procesai išsivysto, kaip kurios nors priežasties padarinys, arba kad vienas iš jų yra antrojo etiologiniu momentu. Šiais laikais dauguma autorių mano, kad hipertonija padeda išsivystyti arteriosklerozei, kraujagyslėms susidėvėjus.

Patogenezė ir patologinė anatomija.

Hipertonijos patogenezės pagrinde glūdi arterijolių spazmas. Mėginimai surasti kraujyje kurias nors medžiagas, kurioms būtų galima priskirti ypatinga patogenezės reikšmė, iki šiol pasėkų nedavė. Buvo manoma, kad hipertonija išsivysto del adrenalino pertekliaus kraujyje, kuris pasižymi stipriu kraujagyslių spindžio sutraukiamuoju veikimu. Tačiau tolimesni stebėjimai šitos hipotezės nepatvirtino. Adrenalininės sistemos ir paratireoidinių liaukų vaidmuo nepakankamai nušviestas. Pasak A s t v a c a t u r o v'o, į vazokonstriktorines medžiagas, cirkuliuojančias kraujyje, pažiūra esanti teisinga, ypač inkstų hipertonijos atsitikimais. Vadinamasis vidutinis (dinaminis) spaudimas esąs dažniau pastovus, negu maksimalinis ir minimalinis.

Skrodžiant mirusius ankstyvame hipertonijos perijode, dažnai jokių pakitimų arterijose nerandama, ir tuo būdu, reikia manyti, hipertonija čia pareina nuo vazomotorinio tonus'o pakitimų. Kitais atvejais randamas smulkiausių arterijų sienelių sustorėjimas, kuris arba būna plačiai išsisklaidęs arba esti tik kuriame nors viename organe, dažniausiai inkstuose. Patologiškomis sąlygomis, jei nepakankamas organų aprūpinimas krauju būna ilgas, tai ir kompensaciškas kraujospūdžio pakilimas būna ilgas, pastovus. Tuo būdu galima išaiškinti hipertonijos išsivystymas, pvz., smegenų, inkstų kraujagyslių, vainikinių širdies arterijų sklerozėje. Čia dėliai pakilusio spaudimo, nepaisant indų susiaurėjimo, šitie organai vis delto gauna pakankamai kraujo.

Simptomatologija ir ligos eiga.

Besivystančios hipertonijos ir funkcinių kraujagyslių pakitimų, spazmų perijode pastebimi, kartais tą pačią dieną, žymūs spaudimų svyravimai, kurie neduoda širdžiai ramumo ir kuriuos paprastai lydi daugybė subjektyvių simptomų, k. a.: širdies plakimai, dusulys, galvos svaigulys ir skausmai, atskirų kūno dalių nuovargis ir t. t.

Ilgainiui plačiai išsivysčius skleroziškiems pakitimams kraujagyslėse, spaudimas lieka pastovus, nuolatos aukštas ir toliau jau eina paprastai be subjektyvių sutrikimų.

Dažniausiai serga tarp 45—55 m. amž. žmonės, dažniau vyrai ir tvirto kūno sudėjimo bei geros mitybos, pletoriško arba apoplektiško habitus'o, kuris pasižymi plačia, trumpa krūtine, trumpu kaklu, apskrita galva. Šitie subjektai yra linksmo temperamento, alkoholio ir tabako mėgėjai.

Subjektyviai ligoniai jaučia lengvą alsavimo sutrikimą, pasireiškiantį greit einant arba pasikeliant laiptais aukštyn. Kartais jaučiamas suspaudimas krūtinėje ir širdies srityje, dažniau po fizinio įtempto darbo arba po valgio, ir nežymus širdies plakimas. Ligoniai nusiskundžia galvos skausmais ir svaigimu, miego sutrikimu, galvoje ir ausyse ūžimu, greitu psichiniu ir galvosenos pavargimu, padidėjusiu susijaudinamumu, kartais pilvo ir kepenų srityje išputimu, obstipacija. Kartais atsitinka laikini, praeiną galūnių paralyžiai, kalbos iškritimas del galvos smegenų kraujagyslių spazmo, laikinis apkurtimas, pirštų nutirpimas, šalčio jutimas.

Objektyviai, kaip hemodinaminės hipertonijos pasėka, išsivysto kairiojo skilvelio hipertrofija del jo apkrovimo. Hipertrofijos simptomai — sustiprėjęs, garsus ir išplitęs su dislokacija į kairę širdies viršūnės trinksnis. Auskultuojant girdimas 2-jo aortos tono akcentas arba skambėjimas.

Perkutuojant ir rentgenologiškai konstatuojamas padidėjęs kairysis skilvelis. Auskultuojant girdimas sustiprėjęs širdies trinksnis ir aiškus 2-jo aortos tono akcentas. Reikia pabrėžti, kad 2-jo aortos tono akcentas gali būti girdimas ir nesant hipertonijai, ypač aorta ascendens sklerozės ir pačių vožtuvų sukietėjimo atsitikimais.

Jautriais pirštais sekant tvinksnį jaučiamas kraujospūdžio pakilimas, kartu su kraujagyslių išsiplėtimu ir sustorėjimu, bei jų kietumas. Šitie reiškiniai būna žymiai aiškesni rangytose a. a. brachiales srityse, negu a. radialis srityje (Strümpel).

Matuojant kraujospūdį Riva - Rocci aparatu gaunamas maksimalinis kraujospūdis 180—200 mm Hg, o minimalinis kraujospūdis būna visai nežymiai pakilęs. Hipertonijos atveju tvinksnio spaudimas (Pulsdruck) yra sustiprėjęs. Reikia pabrėžti, kad visais atsitikimais būtinai reikalingi kartotini kraujospūdžio matavimai, pageidautini įvairiu paros laiku. Hipertonikai pasižymi dideliu kraujospūdžio labiliškumu, ypatingai esencialinės hipertonijos atveju ir žymiai mažiau inkstų sklerozės atsitikimais. Chroniško glomerulinio nefrito atveju hipertonija būna pastovi, aukšta. Kartais būna tik perijodiškas kraujospūdžio pakilimas del įvairių veiksnių įtakos (pvz., psichikos) ir tik palaipsniui išsivysto daugiau patvari hipertonija.

Širdies tonai būna gryni, bet antrasis aortos tonas akcentuotas, skambus. Šlapimuose nerandama nieko patologiško.

Nefrosklerozės simptomai: albuminurija, vėliau nežymi pastovi hematurija. Jei išsivysto nefritas, tai baltymų ir kraujo kiekis šlapimuose žymiai pakyla; be to, dar randami šlapimuose žymūs granuliuoti ir hyalininiai cilindrai; paros šlapimų kiekis žymiai sumažėja, atsiranda veido, kojų, vėliau ir viso kūno putmenys ir, pagaliau, išsivysto azoteminė uremija. Liga greit progresuodama per trumpą laiką baigiasi mirtimi *(piktybinė hipertonija)*. Šitos hipertonijos atveju anksti išsivysto neuroretinitis albuminurica.

Smegenyse kartais įvyksta kraujoplūdžiai (hemoragijos), duodami hemiplegijas. Kartais būna iš smegenų pusės tik bendriniai simptomai: galvos svaigulys, skausmai, atminties nusilpimas, parestezijos ir šalčio jutimas galūnėse del periferinių kraujagyslių pakitimo ir jų spazmų. Smulkios hemoragijos pasitaiko ir akies retinoje. Kartais atsitinka epileptiški priepuoliai. Kiekvienu visokeriopos epilepsia tarda atveju galima ir hipertonija. Galimas analogiškai angina pectoris stovis, vadinamas „angina cerebri“.

Kartais stebimi priepuoliniai kriziai: krūtinės ir pilvo anginos arba migrenės pavidalu.

Pagal P a l'į skiriamos kliniškai šios anginos formos: **krūtinės, pilvo, smegenų** ir **krizinės** anginos galūnėse ir stambiose kraujagyslėse. Šitie **„pal'iški kriziai"** pasižymi kraujagyslių spazmiškais nervinio pobūdžio sutrikimais, kuriuos sukelia, matyti, vidinės (endokrininės) sekrecijos liaukų sutrikimai.

Pagal išorinį vaizdą skiriama b l y š k i o j i ir r a u d o n o j i (tikriau normalios spalvos) hipertonija.

1. **Blyškioji hipertonija** pareina nuo kraujagyslių spindžio pakitimo, inkstams susirgus. Išblyškusiųjų hipertonikų, duodančių bendrinės arterinės išemijos vaizdą, su arterijų spaudimo pakilimu periferijos naudai (V o l h a r d), t. y. visų organų, ypačiai inkstams. Reiškiniai odoje, akyse, inkstuose atsiranda kaip hipertonijos išdava. Dėliai odos kraujagyslių spazmo tokie hipertonikai atrodo išblyškę, liguisti. Kartais akies dugno arterijoms susiaurėjus, išsivysto r e t i n i t i s a n g i o s p a s t i c a s. a l b u m i n u r i c a.

Kraujospūdis, kuris turi prisitaikyti prie kitėjančių kraujo pareikalavimų organams ir, berods, turėtų ryškiai svyruoti del tokių nuolatinių kraujo prieplūdžių ir atplūdžių, pvz., sunkiai dirbant į raumenis įteka kraujo 5—8 kartus daugiau negu paprastai, vis delto kraujospūdis normaliai lieka pastoviai aukštas, apie 110—130 mm Hg, ir reguliuojamas tuo būdu, kad, išsiplėtus vienoms kraujagyslių sritims, pasidaro kompensaciškas susiaurėjimas kitose srityse, ir todėl kraujas nukreipiamas į didesnio pareikalavimo vietą. Betgi paprastai kraujagyslių susiaurėjimas neįvyksta svarbiuose gyvybei organuose, kaip, pvz., smegenyse, inkstuose, vainikinėse širdies arterijose. Ypatingą vaidmenį čia vaidina pilvo tuštimo kraujagyslės, jo n. splanchnici sritis. Kraujagyslių susiaurėjimas šitoje srityje sukelia laikinį spaudimo padidėjimą, o dėliai to ir geresnį tuo laiku aprūpinimą krauju kitų organų sąskaiton, kurie mažiau atjaučia kraujo sumažėjimą juose (B u i n e v i č i u s).

Pasak K y l i n'o ir kitų, glomerulonefritas esąs tiktai dalis bendrinio visos kapiliarinės sistemos susirgimo — c a p i l l a r o p a t h i a u n i v e r s a l i s a c u t a, čia spazmas apima tiek inkstų, tiek ir visos periferijos smulkiąsias arterijas. Vėliau periferinėse kraujagyslėse atsiranda žymesnių pakitimų — kapiliarų pastorėjimas, pailgėjimas, išsivingiavimas, išsiplėtimas, kaip tat galima pastebėti odoje ir kitur, esant ilgai tveriančiai hipertonijai ir tuo pačiu metu chroniškam inkstų susirgimui.

2. **Raudonoji hipertonija** yra nervinės hipertonijos forma. Raudonieji hipertonikai, kurie atrodo pilnakraujai, išsiplėtusiomis periferinėmis kraujagyslėmis, paraudusia oda, atplūdžiais galvon ir smegenysna, palinkimu į apopleksiją, hiperemijuotais inkstais. Apskritai imant, šitie ligoniai duoda vaizdą arterijinės hipertonijos, su reguliariu procesu periferijos naudai.

Čionai, reikia manyti, arterijinis spaudimas nusistato ties aukštomis skaitlinėmis kitokiais keliais, negu blyškiajai hipertonijai esant, gali būti nerviniu - refleksišku keliu, kaip ir fiziologinėmis sąlygomis. Tuo būdu ji yra būdinga nervinei hipertonijos formai. Periferinės kraujagyslės gali išsiplėsti ir esant sumažėjusiam ir esant pakilusiam kraujagyslių tonus'ui. Taip, pvz., nuo amilnitrito veidas ir krūtinė parausta ir kartu atsiranda stipri pulsacija smilkiniuose ir kakle.

Pasitaiko arterinės hipertonijos paroksizmiškų krizių. Pasak Vaquer'o ir Donzelt'o, dvasios susijaudinimui veikiant arba ir be matomos priežasties, atsirandą ūmus odos nublukimas ir kojų skausmai, kurie greit pereiną į pilvą, krūtinę, kaklą ir pasibaigią stipriais galvos skausmais. Tvinksnis padažnėjąs nuo 70 iki 100, kraujospūdis pakyląs nuo 140 iki 300 mm Hg ir daugiau. Priepuolio metu atsirandą skausmai akyse ir regėjimo nusilpimas; akis ištyrus, randamas kraujoplūdis retinoje. Kiti priepuoliai pasireiškią plaučių putmenimis su kraujuotais skrepliais. Priepuoliai galį kartotis kasdien, net keletą kartų per parą, pasireikšdami aukščiau minėtais simptomais arba skausmais pilve, panašiai kaip švino diegliuose. Kartais skausmai jaučiami krūtinėje, panašiai į angina pectoris. Retkarčiais priepuoliai pasireiškią tik galvos skausmais, kartais atsirandąs seilėtekis ir albuminurija.

Esencialiniai hipertonikai dažnai daugelį metų nejunta jokių nemalonių subjektyvių reiškinių ir kraujospūdžio pakilimo, kuris susekamas tik atsitiktinai. Liguisti reiškiniai yra susiję su paroksizmišku kraujospūdžio pakitimu (pal'iški kriziai) arba su įvairių sričių kraujagyslių spazmu (širdies, smegenų apvalkalėlių, smegenų kraujagyslių). Sąsyjyje su tuo stebimi arba anginos priepuoliai, arba migrenės galvos skausmai, arba gi (smegenų išemijos) tikras apopleksiškas stovis: apalpimas, laikinis kalbos iškritimas, koordinacijos judesių sutrikimas. Patvari ir žymi hipertonija veda prie arteriosklerozės išsivystymo. Kairiojo skilvelio silpnumas pasireiškia vėliau, kada jo raumenyse įvyksta antriniai (kaip arteriosklerozės pagrindas) degeneratyviai cirroziški pakitimai. Inkstų hipertonijos kliniškas vaizdas stebimas iš inkstų pusės.

Diferencinė diagnozė.

Diferencinei diagnozei svarbiausias požymis yra būdingi kraujospūdžio svyravimai nervinės formos ir patvarios inkstų hipertonijos atsitikimais, išskyrus staigius procesus, pasibaigiančius išgijimu. Kraujagyslių tonus'ą parodo minimalinis, arba diastolinis spaudimas. Sistolinis kraujospūdis kartais būna labai aukštas, iki 200—300 mm Hg.

Diagnozė.

Hipertonijos diagnozė nesunki. Ji nustatoma pasirėmus būdingesniais simptomais ir objektyviais duomenimis: kairiojo skilvelio hipertrofija, 2-jo aortos tono akcentas ir žymus arterijinio kraujospūdžio pakilimas, iki 180—200—300 mm Hg, matuojant jį Riva-Rocci arba Recklinghausen'o aparatais.

Prognozė.

Prognozė pareina nuo kraujagyslių, ypatingai smegenų ir inkstų, pakitimo laipsnio. Kartais pakilęs kraujospūdis laikosi ilgą laiką. Kitiems subjektams gyvenant padoriai, padidėjęs kraujospūdis gali nukristi. Žymūs kraujospūdžio svyravimai paros bėgyje, rytais ir vakarais, ramybėje ir po judesių arba pavalgius, prognozės atžvilgiu yra geras reiškinys, o patvarus aukštas kraujospūdis (aukštesnis kaip 200 mm Hg) dažnai duoda kraujoplūdžius smegenyse. Jeigu patvaraus aukšto kraujospūdžio, iki 200 mm Hg ir aukštesnio, atsitikimais susekami patologiški reiškiniai (baltymai, cilindrai), rodą į inkstų susirgimą, ir jei pasireiškia dar retinitas, tai vis delto dar negalima tvirtinti gresiant mirties pavojui del inkstų ydos.

Gydymas.

Vestinas padorus ir reguliuotinas visas gyvenimas: vengtina susijaudinimų, sunkaus fizinio darbo, gausių persivalgymų ir persigėrimų. Draustina vartoti mėsa, druska, alkoholiniai gėrimai, tabakas, stipri kava ir arbata; vengtina dirbti švino fabrikuose, t. y. pašalinti visus nuodus, veikiančius kraujagyslių ir centrinę nervų sistemą. Gydytina nutukimas ir angina pectoris. Ramybė lovoje ir nedirginanti dieta: pieniškai - augalinė, be mėsos ir be druskos. Reguliuotinas virškinamojo trakto veikimas. Jei anamnezėje figūruoja sifilis, skiriamas antiluetinis gydymas. Hidroterapija: dalinės kojų vonios 38—39°C, kurių temperatūra iš lėto pakeliama iki 43—45°C. Anglirūgšties tynės (Narzanas) 28—29°. Fiziko-terapinės procedūros: kojų vonios pagal H a u f'ą; d'Arsonval'io srovė; diatermija bendrinė ir širdies srityje, arba kaklo simpatinių mazgų; hidro-elektrinės vonios, „kalnų saulė". Įvairios hidro-terapijos procedūros gali numušti maksimalinį kraujospūdį.

Aukšto pastovaus kraujospūdžio atveju patartina nuleisti kraujo 200—300—400—500 ccm iš alkūnės venos arba dielės uodegėlės srityje (5—8) ir už ausies (4—6). Kartotiniai kraujo nuleidimai kartais duoda gerą efektą. Jie trumpesniam ar ilgesniam laikui numuša kraujospūdį ir pagerina subjektyvų stovį; sumažėja galvos skausmai, svaigulys bei sunkumas ir išnyksta skausmai širdies srityje. Kraujo nuleidimas patartinas esant

kraujoplūdžiams smegenyse. Esant patvariems dideliems galvos skausmams, kartais gaunamas geras efektas, nuleidus liquor cerebrospinalis.

Ilgas paleidžiamųjų vaistų taikymas duoda neblogų padarinių ir inkstų hipertonijos atsitikimais.

Vartotini įvairūs vaistai, mažiną pakilusį kraujospūdį. Iš farmakologinių preparatų skirtinas jodas.

Rp. Jodi puri 0,5
Kalii jodati 5,0
Aq. destill. 50,0

M. D. S. Po 8—15 lašų 3 kartus per dieną su pienu pavalgius.

Rp. T-rae jodi 15,0. D. S. Po 1—10 lašų 2—3 kartus per dieną piene pavalgius.

Rp. Kalii jodati 5,0—10,0
Aq. destill. 180,0
Sir. cort. Aurant. 20,0

M. D. S. Po 1 valg. šaukštą 3 kartus per dieną pavalgius.

Rp. Jod-calcium-diuretin à 0,6 tabl. Nr. 10—20. S. Po 1 tabl. 3 kartus.

Rp. Sajodini à 0,5—1,0 tabl. Nr. 20. S. Po 1 tabl. 3 kartus per dieną.

Rp. Jodipini 100,0
Ol. Menthae pip. gtt. V.

D. S. 1—3 arbat. šaukštukus per dieną ir po oda.

Rp. Tiodini sol. 10—20%. Steril. S. Po oda.

Jodas ne tik padeda išsisiurbti jungiamiesiems audiniams ir jis tuos audinius ne tik išblaško, kaip tai manoma, bet daugiausia išplečia kraujagysles ir mažina kraujo lipnumą, ko dėliai sumažėja kraujospūdis, palengvėja kraujotaka kraujagyslėmis ir tuo būdu palengvėja širdies darbas ir pagerėja organų mitimas.

Skirtinas luminalis kartu su diuretinu:

Rp. Luminali 0,1
Diuretini 0,75

M. f. pulv. D. t. dos. Nr. X. S. Po 1 miltelį 3 kartus per dieną. (Schnirer).

Rp. Luminali 0,015—0,02—0,06
Sacchari albi 0,25

M. f. pulv. D. t. dos. Nr. X. S. Po 1 miltelį 1—2 kartus per dieną.

Rp. Luminaletten à 0,015 tabl. Nr. XXX. S. 3 kartus po 3 tabl. arba 4 kartus per dieną po 2 tabletes.

Rp. Ergotamini tart. 0,01
Luminali 0,6
Chinini muriat. 3,0

Mass. pil. q. s. ut f. pil. Nr. 30. S. Po 1 žirnelį 2—3 kartus per dieną (Schellong).

Kaip antispasmaticum skirtini — atropinum po 0,0002 ir papaverinum:

Rp. Papaverini hydrochlor. 0,04
Camphor. monobromat. 0,15

M. f. pulv. D. t. dos. Nr. X. S. Po 1 miltelį 2—3 kartus per dieną.

Pagerėjimas gaunamas ir nuo seniai vartojamų nitroglycerinum, natrium nitrosum ir kitų nitritų, o taip pat ir nuo purininės eilės diuretikų (diuretinum):

Rp. Diuretini à 0,5 tabl. Nr. 20. S. Po 1 tabl. 3 kartus per dieną.

Scherf ir kiti vartoja šios sudėties mikstūras:

Rp. Natrii nitrosi 5,0
Euphylini 2,0
Aq. destill. 150,0

M. D. S. Po 1—2 arbatinius šaukštelius priepuolio metu.

Rp. Kalii jodati 5,0
Euphyllini 2,0
Aq. destill. 180,0
Sir. cort. Aurant. ad 200,0

M. D. S. Po 1 valgomą šaukštą 3 kartus per dieną.

Rp. Natrii sulfocyanati 1,0
Euphyllini 2,0
Aq. Menthae pip. 30,0
Aq. destill. ad 150,0

M. D. S. Po 1 valgomą šaukštą 3 kartus per dieną.

Rp. Chlorali hydrati 5,0
Theobromini natrio-salicyl. 6,0
Piperazini 3,0
Sir. cort. Aurant. 20,0
Aquae destill. ad 200,0

M. D. S. Po 1 valgomą šaukštą 2—3 kartus per dieną pavalgius.

Skirtinas tetranitrol'is à 0,02—0,05 tabl. Sieros preparatų (telatuten, vaccineurin, despresin) injekcijos duoda menamus padarinius.

Hipertonikėms moterims hormoninės (klimakterinės) hipertonijos atsitikimais skirtini ovarium'o preparatai: prolan'as, menformon'as ir kiti.

Jaunesnėms moterims, turinčioms mėnesines, Scherf pataria skirti, geriausia, pirmomis dienomis 8—10—12 d. po mėnesinių 3.000—5.000 E. folikulių hormonų preparatus: folipex, menformon, progynon. Menopauzės (klimakteriniame perijode) per 12—20 dienų kasdien skirtini po 5.000 E. folikulių hormonų preparatai tablečių arba žvakučių pavidalu arba intramuskulinėmis injekcijomis nuo 10.000 iki 50.000 E. (neperžengti aukščiau), esant reikalui, kartu duodama pro burną šios sudėties mikstūra:

Rp. Calcii bromati 3,0
T-rae Valerian. 15,0
Theobromini natrio-salicyl. 4,0
Piperazini 3,0
Sir. cort. Aurant. 20,0
Aquae destill. ad 200,0

M. D. S. Po 1 valgomą šaukštą 2—3 kartus per dieną, arba pagal Astvacaturov'ą skirtinos šios sudėties mikstūros:

Rp. Natrii phenylaethylbarbitur. 0,05
Natr. bromat. 6,0
Codeini phosphor. 0,15
Adonileni 4,0

M. D. S. Po 1 valgomą šaukštą 3—4 kartus per dieną, arba

Rp. Kalii bromati
Natrii bromati āā 4,0
Ammonii bromati 2,0
Aq. destill. 200,0

M. D. S. Po 1 valgomą šaukštą 3 kartus per dieną.

Mes skiriame šios sudėties mikstūrą:

Rp. Inf. Adonis vernalis è 10,0:200,0
Kalii bromati
Natrii bromati
Calcii bromati āā 3,0
Luminalnatr. 0,3—0,5—0,75

M. D. S. Po 1 valgomą šaukštą 3 kartus per dieną pavalgius.

Kiti skiria dar rhodan-calcium-diuretin à 0,6 tabl. Nr. 20. S. Po 1 tabl. 3 kartus per dieną pavalgius, arba theominal à 0,33 tabl. Nr. 30. S. Po 1 tabl. 2—3 kartus per dieną.

Išvados.

Hipertonija yra atsparus, pagyvenusių, 45—55 m. amž. žmonių, ne visai aiškios etiologijos, susirgimas, pasireiškiąs objektyviai maksimalinio kraujospūdžio žymiu pakilimu, iki 200—250 mm Hg, kairiojo skilvelio hipertrofija ir 2-ojo aortos tono akcentu.

Literatūra.

1. Astvacaturov: Terapeutičeskij spravočnik. 1 tom. 1937 m.

2. Buinevičius: Vidaus ligų klinikos vadovėlis. Širdies ir kraujagyslių ligos. I dalis. 1928 m.

3. Domarus: Grundriss der Inneren Medizin. Zwölfte verbesserte Auflage. 1938.

4. Scherf: Klinik und Therapie der Herzkrankheiten. Vierte Auflage. 1938 m.

5. Strümpel: Častnaja patologija i terapija vnutrennich bolieznej. 1 tom. 1938 m.

Autoreferat.

Der Verfasser berichtet über einen Fall von Blutdrucksteigerung (Hypertension, Hypertonie). Dabei beschreibt er Aetiologie, Pathogenese und pathologische Anatomie, Symptomatologie und Verlauf der Krankheit, sowie ihre Differentialdiagnose, ihre Diagnose, Prognose und Behandlung.

Med. d-ras St. Čepulis.

Stomatologinių ligų klinika Vilniaus mieste bei krašte statistinių žinių šviesoje*).

Įžanga.

Visi gamtos mokslai remiasi stebėjimais, jų aprašymais, tyrimais ir jų duomenimis, statistinėmis žiniomis — jų analize, istorine raida ir jos kritika. Kartais paskiri žmonės savo iniciatyva prasilenkia su nustatytais mokslo darbe rėmais ir duoda didelius indėlius į žmonių kultūros lobyną. Tačiau bendra civilizacija, jos pažanga, yra paremta jau pasiektais mokslo padariniais, kruopščiu atskirų gyvenimo sričių išnagrinėjimu ir išsamiu pažinimu.

Jeigu higienos mokslas statistines žinias labai vertina, tai statistinių žinių reikšmės pamiršimas kitose medicinos mokslo šakose turi mus gerokai stebinti. Turėdamas galvoje, kad statistinės žinios yra būtinos kiekvienai medicinos šakai, surankiojau iš Vilniaus universiteto stomatologinės klinikos ir Lietuvos Raudonojo Kryžiaus Vilniaus ligoninės stomatologijos skyriaus burnos ligų statistikas, kurios buvo užfiksuotos knygose**).

Bendrinės statistinės apžvalgos apie ilgesnį laiką ir didesnį ligonių skaičių, sergančių burnos ligomis Vilniaus mieste ir apylinkėse, nebuvo ir nėra. Vilniaus Universiteto stomatologinė klinika, vėliau Lietuvos Raudonojo Kryžiaus Vilniaus ligoninės stomatologijos skyrius, buvo ir yra vienintelė įstaiga, į kurią atvyksta iš miesto ir apylinkių ligoniai, sergą sunkesnėmis burnos ligomis.

Lenkams valdant Vilnių ir jo kraštą, ligoniai atvykdavo iš miesto ir apylinkių, kartais net iš labai tolimų vietų, nes kitų panašios rūšies įstaigų arti nebuvo (buvo tik Varšuvoje ir Lvove). Lietuviams atgavus Vilnių, ligoniai atvykdavo iš miesto ir apylinkių bei kitų Lietuvos sričių.

1939 m. antroje pusėje ir 1941 m. nuo birželio mėnesio atsirado tam tikras ligonių skaičius, karo veiksmams prasidėjus tarp vokiečių ir lenkų (1939 m.) ir tarp vokiečių — bolševikų (1941 m.). Karo metu ligoniais buvo nukentėję civiliai gyventojai ir tam tikras skaičius kariškių, kurie Vilniuje gydėsi. Taikos metu visi sunkiau sergą kariškiai ligoniai, priklausą Vilniaus rajonui, lygiai lenkų valdžiai šitame mieste esant, lygiai lietuvių, buvo stomatologijos gydomi.

Stomatologija, kaip, palyginti, jauna medicinos mokslo šaka, rūpinasi tiesiogine savo darbo sritimi ir stengiasi išlaikyti atskirą darbovietę, nesijungdama su kitomis specialybėmis praktikos darbe, kas Vilniuje jau nuo 1925 m. yra praktikuojama.

---

*) Vilniaus Universiteto stomatologinė klinika (1925—1939 m.), o Lietuvos Raudonojo Kryžiaus Vilniaus ligoninės stomatologijos skyrius (1939—1941 m.).

**) 1939 m. gruodžio 16 d. nustojus veikti Universiteto klinikoms, iš karto pradėjo darbą Lietuvos Raudonojo Kryžiaus Vilniaus ligoninė, taigi, Vilniaus Universiteto klinikų tęsinys yra Liet. R. Kryžiaus ligoninė Vilniuje, dabartinė Savitarpinės Pagalbos ligoninė.

Šitas darbas bus vienas didesnių statistinių rinkinių, apimančių vieną medicinos šaką Vilniaus krašte. Manau, kad tai bus naudinga tolimesniam šito mokslo šakos vystymuisi ir, apskritai, Vilniaus kraštui pažinti.

*
* *

Šitoje vietoje turiu garbės padėkoti p. dantų gydytojai Jasevičiūtei-Paulienei už įdėtą darbą ir triūsą renkant statistines žinias.

Medžiagos suskirstymas.

Statistinė medžiaga suskirstyta šitaip: a) apžvalginės lentelės, apimančios visą turimą medžiagą nuo 1925 m. iki 1942 metų; b) ambulatorinių ligonių grupė nuo 1925 m. iki 1940 metų, kurioje nėra išskirta nei amžius, nei lytis; c) 1940 ir 1941 m. ambulatoriniai ligoniai, kur atžymėta amžius

I-oji lentelė.

Ambulatorinių ligonių ir jų susirgimų bendras skaičius stomatologijoje.

Metai	Registruoti knygose			Neregistruoti knygose, bet pažymėti metiniuose pranešimuose			Pastabos
	pirmą kartą	antrą kartą	susirg. skaič.	pirmą kartą	antrą kartą	bendras skaič.	
1924/5	—	—	—	—	—	—	Ligonių knygos nebuvo vedamos
1925/6	—	—	18	18	—	18	
1926/7	163	—	244	249	338	—	—
1927/8	140	—	310	319	397	—	—
1928/9	174	—	233	217	700	—	—
1929/30	—	719	276	1.093	1.672	—	—
1930/1	—	1.768	1.048	1.157	3.010	—	—
1931/2	—	2.413	1.190	2.538	4.611	—	—
1932/3	—	1.827	551	1.915	3.881	—	—
1933/4	—	2.005	766	1.967	3.818	—	—
1934/5	576	—	378*)	1.376	2.866	—	—
1935/6	714	—	576*)	2.018	4.104	—	—
1936/7	707	—	432*)	2.936	4.779	—	—
1937/8	948	—	878*)	887	3.322	6.808*)	Bendras skaičius liečia visus ligonius, sirgusius paskiromis ligomis.
1938/9	1.655	—	1.336*)	1.447	2.153	6.762*	
1939/40	351	—	300*)	—	1.361**)	—	
1940	631	2.054	1.094	—	2.584***)	—	
1941	1.203	7.070	1.315	—	—	—	
Iš viso	7.262	17.856	10.945	18.137	39.596	13.588	

*) Susirgimų skaičius tam tikrais metais yra mažesnis, negu bendras skaičius ligonių pirmą kartą. Aiškinama tuo, kad buvo visai sveikų žmonių be nukrypimų burnoje ir tam tikras skaičius be pažymėtų diagnozių.

**) Skaičius „1.361“ registruotas, bet neįtrauktas į knygą.

***) Trijų mėnesių kartotinių ligonių skaičius yra dingęs, todėl pridėta proporcingai ir gauta 2.584.

ir lytis. Į vyrų grupę priskirti visi vyriškos lyties asmenys, turėję daugiau kaip 14 metų, į moterų grupę — visos moterys daugiau kaip 14 metų; jaunesnieji, atsižvelgiant į lytį, priskirti prie berniukų arba mergaičių grupės; d) stacionarinių ligonių grupė prasideda nuo 1934 m. (anksčiau gulėdavo visose klinikose, daugiausia chirurginėse klinikose); e) operuotų ligonių grupė apima 1940 ir 1941 metus; operuoti ir konservatiškai gydomi ne tais metais nebuvo atskirai žymimi.

II-oji lentelė.

Gulinčių ligonių ir jų susirgimų bendras skaičius stomatologijoje.

Metai	Ligonių skaičius	Susirgimų skaičius	Pastabos
1934/5	6	7	
1935/6	32	38	
1936/7	66	70	
1937/8	77	86	
1938/9	102	107	
1939/40	4	7	Kiti gulėjo chirurginėje klinikoje.
1940	74	96	
1941	228	297	
Iš viso	589	708	

III-ioji lentelė.

Operuotų ligonių ir jų susirgimų bendras skaičius stomatologijoje.

Metai	Ligonių skaičius	Susirgimų skaičius	Pastabos
1940	445	547	Darbe nepažymėta, kurios operacijos buvo darytos, bet knygose jos aprašytos.
1941	800	900	
Iš viso	1.245	1.447	

IV-oji lentelė.

Ambulatorinių stomatologinių ligonių diagnozės 1925—1939 metais.

Ligos pavadinimas	1925 met.	Nuo 1926 m. I. 21 d. iki 1927 m. VI. 30 d.	Nuo 1927 m. X. 27 d. iki 1928 m. VII. 3 d.	Nuo 1928 m. X. 9 d. iki 1929 m. VI. 21 d.	Nuo 1929 m. X. 17 d. iki 1930 m. VII. 7 d.	Nuo 1930 m. X. 7 d. iki 1931 m. VII 9 d.	Nuo 1931 m. IX. 1 d. iki 1932 m VII. 1 d.	Nuo 1932 m. X. 4 d. iki 1933 m. VII. 3 d.	Nuo 1933 m. IX. 26 d. iki 1934 m. VI. 21 d.	Nuo 1934 m. X. 10 d. iki 1935 m. VI. 2 d.	Nuo 1935 m. IX. 24 d. iki 1936 m. VI. 30 d.	Nuo 1936 m. X. 5 d. iki 1937 m. VI. 24 d.	Nuo 1937 m. X. 1 d. iki 1938 m. VII. 2 d.	Nuo 1938 m. X. 1 d. iki 1939 m. VI. 30 d.	Nuo 1939 m. X. 1 d. iki 1940 m. I 1 d.
Actinomycosis											1	2		1	
Angioma													1		
Anomalijos: dantų								3	5	1			1	7	
Anomalijos: brandos dantų							8								
Anomalijos: pasunkėjęs dygimas					4					2	2	3		4	
Anomalijos: retentio dentis							17	1		2	6	2	1	8	
Anomalijos: sukandimo netaisykl.							1		1						
Arthritis mandibulae					22	452	353	114	330	59	46	16	68	61	101
Caries dentis					19	28	45	19	21	7	22	21	26	26	1
Cysta	7	23	27	25						1					
Decubitus					4	4	4	6	4	6	1		6	6	
Epulis	1						7	3		2	8	4	13	13	2
Fractura: dentis					1		7	4	4	7	7	8	18	18	4
Fractura: mandibulae			2		2		1	4		1		1	9	3	2
Fractura: maxillae		8		9			1								
Furunculosis							4	2			3		3	4	
Gingivitis: hypertrophica					16	96	72	24	43	14	17	3	17	41	3
Gingivitis: marginalis							3				3		1	2	
Gingivitis: purulenta					1										
Glossitis chronica							1								
Haemophilia							5	5	1	4	5		4	7	
Highmoritis					1		1	1	1	1				3	2
Lymphadenitis											1	1	1		
Neoplasma: carcinoma											1				
Neoplasma: fibroma					1	1	2	3		1	6	6	8	7	
Neoplasma: sarcoma															

Ligos pavadinimas	1925 met.	Nuo 1926 m. I. 21 d. iki 1927 m. VI. 30 d.	Nuo 1927 m. X. 27 d. iki 1928 m. VII. 3 d.	Nuo 1928 m. X. 9 d. iki 1929 m. VI. 21 d.
Neuralgia { mandibulae				
Neuralgia { maxillae				
Neuralgia { n. trgemini r. II-i		1		
Neuralgia { „ „ „ III-ii				
Osteomyelitis { mandibulae	1		6	
Osteomyelitis { maxillae				
Ostitis				7
Palatoschisis { kiškio lūpa	1			
Palatoschisis { moll.				
Palatoschisis { palati duri				
Palatoschisis { totalis	1			
Paradentosis		5		12
Paresis n. facialis				
Parulis				
Periodontitis	5	200	247	168
Periostitis		7	28	12
„ mandibulae				
Phlegmone { reg. faciei				
Phlegmone { „ mandibularis				
Phlegmone { „ submaxillaris				
Protezės	2			
Ranula				
Recessus				
Sepsis				
Stomatitis { aphtosa				
Stomatitis { catarrhalis				
Stomatitis { ulcerosa				
Trismus				
Tubeculosis labii				
Ulcus buccale				
Iš viso	18	244	310	233

Nuo 1929 m. X. 17 d. iki 1930 m. VII. 7 d.	Nuo 1930 m. X. 7 d. iki 1931 m. VII 9 d.	Nuo 1931 m. IX. 1 d. iki 1932 m. VII. 1 d.	Nuo 1932 m. X. 4 d. iki 1933 m. VII. 3 d.	Nuo 1933 m. IX. 26 d. iki 1934 m. VI. 21 d.	Nuo 1934 m. X 10 d. iki 1935 m. VI. 2 d.	Nuo 1935 m. IX. 24 d. iki 1936 m. VI. 30 d.	Nuo 1936 m. X. 5 d. iki 1937 m. VI. 24 d.	Nuo 1937 m. X. 1 d. iki 1938 m. VII. 2 d.	Nuo 1938 m. X. 1 d. iki 1939 m. VI. 30 d.	Nuo 1939 m. X. 1 d. iki 1940 m. I. 1 d.
							4		5	
							1			
					1	1				
	2	2		1	1					
7	8	21	4	3	10	10	10	14	18	2
	9	5	2	4	4	6	7	11	23	3
								7	6	
						1	1			
						1	1			
	1					1		4	3	
						1				
20	60	39	62	13	24	24	41	60	88	7
		1								
2	11	25	23	30	15	32	27	14	30	1
146	345	488	248	280	201	337	242	487	805	136
21		39	12	13	9	20	17	82	107	26
	21									
1	1	1	2			3	3	3	7	1
1	2	5		3	1		3	2	7	1
	1	4	2	2			3	7	10	
						1	1			
						2				
									1	
		7	2			1	1	2	1	
	6	3	1			3	1	3	1	1
7		18	4	7	3	3	2	5	11	2
					1					
									1	1
									1	4
276	1.048	1.190	551	766	378	576	432	878	1.336	300

V-oji lentelė.

Ambulatorinių stomatologinių ligonių diagnozės 1940 ir 1941 metais.

Ligos pavadinimas	Nuo 1940 m. I. 1 d. iki 1941 m. I. 1 d.					Nuo 1941 m. I. 1 d. iki 1942 m. I. 1 d.				
	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.
Abscessus basis linguae						4				4
Abscessus buccae						4	3			7
Abscessus faciei						1	1			2
Abscessus mandibulae							2			2
Abscessus maxillae						8	6			14
Angina Plaut-Vincenti						1	1			2
„ status post. ang. Pl.-Vinc.						1				1
Angioma									1	1
Anomalijos dantų		1			1	2	1			3
Anomalijos brandos dant. pasunk. dygimas	1	2			3					
Anomalijos retentio dentis	3				3		2	1		3
Anomalijos sukandimo netaisykl.						2	1		4	7
Atrophia mandib. et maxillae						1				1
Atrophia maxillae		1			1					
Caries dentis	135	265	4	19	423	125	211	18	22	376
Cysta apskritai	10	7		1	18					
Cysta mandibulae						2	2			4
Cysta maxillae						13	10	6	3	32
Cysta palati duri						1	2			3
Cysta status post cystectomiam.						1				1
Decalcinatio univers. dentis							1			1
Decubitus gingivae						1		1		2
Fistula externa	2				2					
Fistula palati duri							2			2
Fractura alveoli							1			1
Fractura dentis	3	1			4	5	9	1		15
Fractura mandibulae						16	1			17
Fractura maxillae						14	1			15
Fractura nasi									1	1
Fractura status post fract. mandib.						2				2
Furunculus faciei						1				1
Gingivitis hypertrophica		1			1	1	3	1	1	6
Gingivitis marginalis	22	29	1		52	39	36			75
Gingivitis purulenta	3	3			6					
Glossitis chronica						2	1			3
Glossitis tuberculosa						1				1
Highmoritis		1			1	6	5			11
Hyperaesthesia maxillae et dentis	1				1					
Hyperalgesia dentis						1				1
Hypertensio	1	1			2					

Ligos pavadinimas	Nuo 1940 m. I. 1 d. iki 1941 m. I. 1 d.					Nuo 1941 m. I. 1 d. iki 1942 m. I. 1 d.				
	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.
Infiltratio reg. basis linguae						1				1
Infiltratio „ retromolaris							1			1
Infiltratio „ submaxillaris							1			1
Lymphadenitis						5	1	1		7
Luxatio dentis						1				1
Myositis faciei						2				2
Necrosis alveoli mandib.	1				1					
Neoplasma carcinoma faciei							2			2
Neoplasma „ labii inf.						2				2
Neoplasma tumor maxillae						5	1			6
Neuralgia n. trigemini	1				1	3	7			10
Osteomyelitis mandibulae	2				2	23	3		2	28
Osteomyelitis maxillae	1	1			2	10	4			14
Osteomyelitis status post osteom.						1		1		2
Ostitis	2	3			5	16	10	4		30
Palatoschisis moll.									1	1
Paradentosis	15	18			33	36	52			88
Paresis n. facialis						1				1
Parulis	14	9			23					
Periodontitis apskritai	161	251	13	21	446					
Periodontitis acuta						9	20	1	2	32
Periodontitis chronica						94	140	5	10	249
Periostitis apskritai	23	20	2	2	47					
Periostitis mandibulae						23	17	1	3	44
Periostitis maxillae						26	15	3	6	50
Phlegmone reg. colli						4	1			5
Phlegmone „ faciei							2			2
Phlegmone „ fundi oris							2			2
Phlegmone „ mandibularis		1			1					
Phlegmone „ maxillaris	1	1	1	1	4		1			1
Phlegmone „ retromolaris						1	1			2
Phlegmone „ spatii pharyng. ant.							1		1	2
Phlegmone „ submaxillaris						5	3	6	5	19
Phlegmone „ subment. et sublig.						3				3
Pseudoarthrosis mandibulae						1				1
Ranula st. post operationem						1				1
Recessus						1				1
Stomatitis aphtosa						1				1
Stomatitis catarrhalis	1	1			2	2	1			3
Stomatitis ulcerosa	5	1			6	52	14	2	1	69
Ulcus buccale	2	1			3	1				1
Vulnus laceratum faciei						4		3		7
Vulnus sclopetarium						6				6
Iš viso ambulat. susirgimų	410	619	21	44	1.094	595	602	56	62	1.315

VI-oji lentelė.

Ligoninėje gulėjusių stomatologinių ligonių diagnozės 1934—1939 metais.

Ligos pavadinimas	Nuo 1934 m. IV. 13 d. iki 1935 m. VI. 3 d.					Nuo 1935 m. V. 10 d. iki 1936 m. VI. 6 d.					Nuo 1936 m. IX. 10 d. iki 1937 m. III. 6 d.					Nuo 1937 m. I. 10 d. iki 1938 m. VI. 15 d.					Nuo 1938 m. I. 10 d. iki 1939 m. VI. 16 d.					Nuo 1939 m. IX. 1 d. iki 1940 m. I. 1 d.				
	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.
Abscessus maxillae												1			1					1									
Abscessus sublingualis						1				1																			
Actinomycosis faciei							1			1																			
Anomalijos dantų..... netaisyki. padėtis																1				1									
Anomalijos dantų..... „ dygimas											1				1														
Anomalijos dantų..... retentio dentis												1			1		1			1									
Cysta mandibularis																2	5		1	8	3	3	1		7		1			1
Cysta maxillaris		1			1	4	5		1	10	1	4			5	2	1			3	6	2			8					
Cysta status post cystectom.																						1			1					
Epulis fibrosa												1			1														
Epulis sarcomatosa mand.							2			2		1	1		2		2			2	1	1			2					
Epulis „ maxill.																						2			2					
Erysipelas faciei																					1				1					
Fractura mandibulae			1		1	2				2	1				1	6	1			7	8	1	1		10	3				3
Fractura maxillae						4	1			5	1				1	2				2	3	1	1	1	6	2				2
Fractura ossis frontalis											1				1														
Fractura pathologica mand.																	1			1	2				2					
Fractura status post fract. mand.																					1				1					
Gingivitis hypertrophica fibrosa						1				1																				
Haemophilia											1				1														
Highmoritis chronica						1	1			2						2	2			4									
Highmoritis dextra							1			1				1	1														
Highmoritis purulenta																						1			1					
Hyperplasia gingivae																	1			1									
Kišenius																					1	3			4					
Lupus reg. retromolaris																					1				1					
Lymphadenitis											1				1														
Myositis chr. in massetere dextro.																1	2			3	1				1					
Neoplasma sarcoma											1	1			2														
Neoplasma „ mand.		1			1																1				1					
Neoplasma „ maxill. d. et testis																														
Neuralgia mandibulae											3*	1**			4														
Neuralgia maxillae													1		1														
Neuralgia n. trigemini																1				1									

* Status post traumam. ** Status post typhum.

Ligos pavadinimas	Nuo 1934 m. IV. 13 d. iki 1935 m. VI. 3 d.					Nuo 1935 m. V. 10 d. iki 1936 m. VI. 6 d.					Nuo 1936 m. IX. 10 d. iki 1937 m. III. 6 d.					Nuo 1937 m. I. 10 d. iki 1938 m. VI. 15 d.					Nuo 1938 m. I. 10 d. iki 1939 m. VI. 16 d.					Nuo 1939 m. IX. 1 d. iki 1940 m. I. 1 d.				
	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.
Osteomyelitis acuta	1				1						1				1	6			1	7										
Osteomyelitis „ mandib.											4	1			5	2	3			5										
Osteomyelitis „ maxillae												1			1															
Osteomyelitis „ palati duri											9	3	2		14		3			3	4	3		1	8					
Osteomyelitis mandibulae						3	1	1		5						1				1	4	2			6	1				1
Osteomyelitis maxillae						1	2			3											1				1					
Osteomyelitis palati duri																						1			1					
Osteomyelitis stat. p. osteom. mandib.																					1				1					
Ostitis apskritai																2	1			3										
Ostitis maxillae																														
Paradentosis							2			2	3		3		6	5	1			6	2	3			5					
Parulis											1				1															
Periodontitis apskritai											5	3			8															
Periodontitis chronica																2	2			4	4	3			7					
Periostitis apskritai											1		1		2	1	2			3										
Periostitis mandibulae																					4	4			8					
Periostitis maxillae																					3	5			8					
Phlegmone reg. faciei	1				1		2			2	5	2		1	8				1	1	2	1			3					
Phlegmone „ palati duri																1	1			2		1			1					
Phlegmone „ pharyngealis																						1			1					
Phlegmone „ pharyng. ant.																	1			1										
Phlegmone „ retromolaris																	1			1										
Phlegmone „ gl. subm. subling.																					1				1					
Phlegmone „ submaxillaris	1				1							1			1	2	3		1	6	1	1			2					
Pseudoarthrosis mandibulae																1				1										
Sepsis	1				1								1		1															
Stomatitis aphtosa																1				1										
Stomatitis necrotica																4				4	4				4					
Stomatitis ulcerosa							1			1							2			2										
Trismus																					1				1					
Ulcus reg. retromolaris sin.																														
Iš viso	4	2	1	—	7	18	18	1	1	38	40	19	9	2	70	45	37	—	4	86	63	39	3	2	107	6	1	—	—	7

VII-oji lentelė.

Ligoninėje gulėjusių stomatologinių ligonių diagnozės 1940 ir 1941 metais.

Ligos pavadinimas	1940 metais					1941 metais				
	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.
Abscessus reg. basis linguae						1				1
Abscessus „ faciei						2	2	1		5
Abscessus „ mandibulae						1	1	1		3
Abscessus „ maxillae						2	2			4
Abscessus „ palati duri							1			1
Abscessus „ submaxillaris						2				2
Actinomycosis faciei						1		1		2
Actinomycosis mandibulae						1				1
Agranulocytosis						1				1
Angina Plaut-Vincenti						2				2
Angioma labii infer.									1	1
Anomalijos dantų (retentio dentis)							2			2
Atrophia mandib. et maxillae		2			2		1			1
Cicatrix submaxillaris							1			1
Contusio cerebri						1				1
Corpus alienum in mandibula							2			2
Corpus alienum in sin. maxill.							1			1
Cysta mandibularis	2	3			5	5				5
Cysta maxillaris	8	1	1		10	9	14	3		26
Cysta subperiostalis									1	1
Cysta status post cystectom.	1				1					
Decubitus linguae						1				1
Epulis apskritai						1	1			2
Epulis sarcomatosa mand.		1			1					
Extractio dentis (status post extractionem)		3			3					
Fistula palati duri							1			1
Fractura alveoli							1			1
Fractura dentis	1		1		2		1			1
Fractura mandibulae	4				4	12	3	1		16
Fractura maxillae	2		1		3	6	1	2	1	10
Gingivitis hypertrophica	2	1			3					
Glossitis acuta						1				1
Highmoritis apskritai						2	1	1		4
Highmoritis purulenta	3	3			6					
Highmoritis status post highm.						1				1
Infiltratio fossae caninae									1	1
Leucaemia lymphatica	1				1					
Lymphadenitis						2	1	2		5
Macrocheilia traumatica	1				1					
Myositis						1				1
Necrosis reg. buccalis						1				1
Necrosis „ mandibularis		1			1					
Neoplasma carcinoma faciei							1			1
Neoplasma sarcoma apskr.						1				1
Neoplasma tumor maxillae							1			1

Ligos pavadinimas	1940 metais					1941 metais				
	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.
Neuralgia n. trigemini	2				2		1			1
Noma						1		1		2
Osteomyelitis mandibulae	6	2			8	12	4	1	1	18
Osteomyelitis maxillae	1	1			2	1	6			7
Ostitis apskritai		1			1					
Ostitis mandibulae							2	1		3
Ostitis maxillae						2	2		1	5
Palatoschisis totalis								2		2
Paradentosis	2	2			4		1			1
Parulis	1				1					
Periodontitis		7			7	2	1	1	2	6
Periostitis mandibulae	3	2			5	10	8	3	1	22
Periostitis maxillae	4	5			9	10	4		1	15
Periostitis c. fistula ext.						2	1	2		5
Phlegmone reg. colli						3	1			4
Phlegmone „ faciei	1				1	2	3	1	2	8
Phlegmone „ mandibularis						1				1
Phlegmone „ maxillaris						8	2	1	3	14
Phlegmone „ palati duri	2				2					
Phlegmone „ pharyngealis							1			1
Phlegmone „ retromolaris		1			1	2	2			4
Phlegmone „ retropharyngeal.						5			1	6
Phlegmone „ gl. subm. sublingualis						3				3
Phlegmone „ submaxillaris		1	2	1	4	4		3		7
Phlegmone „ temporalis		2			2					
Phlegmone status post phlegm.						3				3
Pseudoarthrosis							1			1
Ranula						1				1
Scorbutus incipiens									1	1
Sepsis							1		1	2
Stomatitis catarrhalis		1			1					
Stomatitis necrotica	1				1					
Stomatitis ulcerosa	1				1	20	3	2		25
Trismus						1				1
Ulcus buccale	1				1					
Vulnus lacerątum faciei						3	2	2		7
Vulnus lacerątum labii inferioris						1				1
Vulnus lacerątum linguae						1	1			2
Vulnus lacerątum palati duri						2				2
Vulnus lacerątum vestibuli								2		2
Vulnus sclopetarium faciei						2				2
Iš viso	50	40	5	1	96	159	86	34	18	297

VIII-toji lentelė.

Operuotųjų stomatologinių ligonių diagnozės.

Ligos pavadinimas	1940 metais					1941 metais				
	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.
Abscessus reg. colli						1	2			3
„ basis linguae						2	1			3
„ buccae							2	1		3
„ dantų kilmės						7	6			13
„ faciei						3				3
„ mandibulae						7	1			8
„ maxillae						7	6			13
„ submaxillaris						5	2	1		8
„ suborbitalis							1			1
Actinomycosis faciei						1			1	2
Anomalijos dantų dentitio diffic. dent. sap.	2				2					
irregulatio dentis							1			1
ne vietoje augąs dantis						3				3
recessus dentis sap.						3				3
retentio dentis	1				1	1	2	1		4
Atrophia frenularum super.									1	1
Carcinoma labii inf.						2				2
Caries dentis	1	2			3					
Corpus alienum mandibulae							1			1
maxillae							2			2
Cysta apskritai	14	6			20					
mandibulae						5	4	1	1	11
maxillae						15	16	3		34
palati duri						1	1	1		3
status post oper. cystae							1			1
Epulis maxillae						2	1			3
palati duri							1			1
Fibroma						1	1			2
Fibroadenoma mucosae							1			1
Fistula alveoli post tromb.						1				1
extraoralis	2				2					
palati duri post traumam.						2	1			3
post oper. sinus maxill.							1			1
Fractura alveoli							1			1
dentis	2	1			3	8	6			14
mandibulae	2				2	13	3	3		19
maxillae	1				1	9	1			10
nasi						1				1
Gingivitis hypertrophica	1	1	1		3	2	2			4
marginalis										

Ligos pavadinimas	1940 metais					1941 metais				
	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.
Hemangioma labii inferioris									1	1
Highmoritis apskritai	2	3			5					
purulenta odont.						7	3			10
post highmor.						1				1
Hypertensio		1			1					
Inflammatio capsulae dentis sap.						3	1			4
reg. submaxill.						4				4
Lymphadenitis apskritai	1				1					
colli						2				2
labii							1			1
submaxill.						2				2
Myositis m. masseter						1				1
Necrosis alveoli							1			1
faciei						1				1
Neuralgia n. trigimeni	2				2	3	4			7
Osteomyelitis mandibulae	6	3			9	29				29
maxillae	3	1		1	5	6	4			10
zygomaticum							1	2		3
post fracturam						13				13
Ostitis apskritai	5	6			11					
mandibulae						9	5			14
maxillae						6	8		1	15
Palatoschisis moll.								1		1
totalis									1	1
Paradentosis	1	2			3	10	9			19
Parulis	20	6			26					
Periodontitis apskritai	151	229	11	10	401					
chronica						150	197	8	5	360
Periodontitis chron. c. fistula						2	2	2		6
Periostitis	16	14		1	31					
Periostitis acuta mandibulae						10	1		1	12
maxillae						15	4	1	1	21
palati duri							1			1
Periostitis chronica						17	6	2	1	26
Periostitis purulenta mand.						10	7	1		18
max.						13	4	1	1	19

Ligos pavadinimas	1940 metais					1941 metais				
	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.	vyr.	mot.	bern.	merg.	bendr. skaič.
Phlegmone: reg. buccalis						1				1
Phlegmone: „ colli						4	3		1	8
Phlegmone: „ faciei	1				1	7	5			12
Phlegmone: „ mandibularis	2	3			5	3		1		4
Phlegmone: „ maxillaris	2	4	1		7					
Phlegmone: „ parotidis							1			1
Phlegmone: „ pharyngealis						5	3			8
Phlegmone: „ retromolaris						2	2	1		5
Phlegmone: „ submaxillar.						10	5	6	5	26
Phlegmone: „ submentalis						5				5
Phlegmone: „ temporalis				1	1					
Phlegmone: stat. post phlegmon.							2			2
Pieniniai dantys III laipsn. jud.									1	1
Polyarthritis odontogenica						1				1
Pseudoarthrosis alveoli mandib.						1	3			4
Ranula						1				1
Rhinoscleroma						1				1
Sarcoma		1			1					
Sepsis						1	1		2	4
Status: post extractionem dentis						1	3			4
Status: post operat. mandib.						1				1
Stomatitis ulcerosa						1				1
Trismus secundar.						1	1			2
Tumor: buccae et mandibulae						1				1
Tumor: linguae						1				1
Tumor: maxillae						3	3			6
Tumor: palati duri						1				1
Tumor: sublingualis						1				1
Vulnus: laceratum labii						5	1			6
Vulnus: palati duri						1	1			2
Vulnus: sclopetarium max.						4				4
iš viso operacijų	238	283	13	13	547	476	363	37	24	900

Nuo 1925 m. iki 1940 metų ambulatorinių ligonių statistinės žinios yra šykštokos, nes registracija knygose buvo vedama labai apskritai. Nuo 1940 m. iki 1942 metų jau buvo taikoma smulkesnė ir tikslesnė knygose registracija, todėl ir tų metų statistinės žinios yra daugiau susmulkintos ir išryškintos. Operuotųjų ligonių grupė apima tik pačias diagnozes, dėl kurių ligoniai buvo operuoti, tačiau, kurios buvo operacijos ir kaip jos buvo darytos, nenurodyta, nors tai knygose yra smulkiai atžymėta. Pačių operacijų atžymėjimas statistinėse žiniose ir jų modifikacijų analizės reikalauja jau paskirų susirgimų smulkesnio aprašymo, o tam šitame darbe nėra vietos.

Gulinčių ligonių ir jų susirgimų nėra didelis skaičius, nes tik prasideda nuo 1934 metų ir kasmet turi tendenciją augti. Smulkesnės statistinių žinių analizės negalima buvo nurodyti del turimos medžiagos ir, manau, nėra reikalo. Čia svarbu man buvo paduoti bendras patologinis burnos ligų vaizdas. Rašant kuria nors atskira stomatologijos tema, galima bus šiek tiek smulkiau teikti medžiagos.

Paklydusių ligonių su burnos patologija į kitas Vilniaus ligonines ir skyrius kasmet mažėja ir paskutiniais metais beveik 90—95% jau yra su-

koncentruota vienoje įstaigoje (Stomatologijos skyriuje). Nustatydamas diagnozę ir pravesdamas gydymą, stomatologijos skyrius bendradarbiauja su kitais skyriais ir paskiromis Vilniaus ligoninėmis. Laisvai praktikuoją gydytojai, dantų gydytojai kaskart vis dažniau kreipia ligonius į stomatologijos skyrių. Paskutiniais metais prieš karą Vilniuje jau pilietybės teises buvo įsigijęs burnos sveikatos stovio patikrinimas pas personalą, dirbantį akušerijos ir chirurgijos skyriuose. / Buvo kilus mintis patikrinti dirbančių maisto produktų apdirbimo įmonėse darbininkų burnos ir dantų stovį. Ginekologijos ir akušerijos klinikos Vilniuje niekuomet nedarydavo sunkesnių operacijų, neatsiklaususios stomatologo nuomonės del galimos dantų ar burnos kilmės pooperacinės infekcijos.

Gydytojai per universiteto klinikas, o visuomenė per gydytojus buvo gana plačiai painformuota apie stomatologijos patologiją ir josios reikšmę sveikatai. Vilniuje aukščiau išvardytieji veiksniai davė progos ir galimumo sukoncentruoti vienoje vietoje burnos ligų patologiją ir padidėti ligonių skaičiui, o kartu ir praturtėti stomatologinei patologijai.

Manau, kad šitas bendras statistinis apžvalginis darbas bus įžanga į specialius stomatologijos darbus.

Stomatologische Klinik in Stadt u. Land Wilna in statistischer Beleuchtung.

Der Verfasser fasst in dieser Arbeit alle Erkrankungen der Mundhöhle zusammen, die in der Stomatologischen Klinik der Universität Wilna (vom Jahre 1925. bis 16. XII. 1939.) und in der Stomatologischen Abteilung des Wilnaer Krankenhauses des Litauischen Roten Kreuzes (vom 16. XII. 1939. bis 1942.) behandelt wurden. Da die Stomatologische Klinik, später die Stomatologische Abteilung, die einzige Anstalt war, in der alle Kranken dieser Art aus Stadt u. Land Wilna konzertriert wurden, können die statistischen Mitteilungen dieser Arbeit für die Fachärzte sowie für die weitere Regelung und Planung dieses medizinischen Faches in diesem Lande Europas von Nutzen sein. Auch kann die Arbeit denen einen Dienst leisten, die das Land kennen lernen wollen.

In der Arbeit sind die ambulanten Krankheitsfälle von 1925 bis 1942, die stationären Fälle von 1934 bis 1942 sowie die operativ behandelten Fälle von 1940 bis 1942 erfasst worden.

Die statistische Übersicht dürfte eine Anregung für weitere spezielle stomatologische Fachuntersuchungen im Wilnagebiet geben.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

34. Giroud: **L'acide ascorbique.** (Askorbininė rūgštis) („Pr. Med." 1938 m. 100 nr.).

Askorbininė rūgštis — smarkiai redukuojąs junginys, tačiau jos oksiduojamumas esąs atgręžtinis ir taip besioksiduojant susidariusi dehidroaskorbininė rūgštis lengvai pereinanti į redukuotą pavidalą. Pasak Bezsonoff'o, C-vitaminas organizme randamas šitų dviejų substancijų mišinio pavidalu, iš katrų oksidavęsis pavidalas sudaraąs 10—30%. Šito pavidalo gydomieji savumai nekartą buvę ginčijami.

Atskiri organai turį tiksliai aprėžtus askorbininės rūgšties kiekius ir turinio lygis esąs gana pastovus skaičius, nesiduodąs pakeičiamas net esant C-vitamino nepritekliui.

Žymiame aukštesnių organizmų rūšių skaičiuje askorbininė rūgštis esanti endogeninės kilmės. Žmoguje, beždžionėje ir jūros kiaulytėje askorbininė rūgštis, priešingai, beveik išimtinai esanti egzogeninės kilmės. Skil-

vyje askorbininė rūgštis turinti patogias sąlygas; tačiau žarnų šarminėje aplinkoje askorbininės rūgšties dalis būnanti sunaikinama. Organizmo audiniuose esanti askorbininė rūgštis turinti tam tikrą koncentracijos optimum'ą, ir susidaręs jos perteklius tučtuojau sunaikinamas.

Normalus dieninis suaugusio žmogaus maistas duodąs 30—40 mg askorbininės rūgšties. Egzogeninė askorbininė rūgštis dažnai pasirodanti redukuota forma ir vaidinanti vandenilio pernešėjo vaidmenį. Galutinė oksidacija įvykstanti turbūt specifiškos oksidazės, vadinamos askorbazės, akivaizdoje. Antra vertus, pati askorbininė rūgštis esanti diastazinių ir proteolitinių reakcijų aktyvatoriumi. Gal būt ji dalyvaujanti amino-rūgščių dezaminacijoje. Šitų pagrindinių savumų ir visame organizme išplitimo dėka askorbininė rūgštis vaidinanti milžinišką vaidmenį. Taigi, pavykę nustatyti jos įtaką širdies ritmo sulėtėjimui, arterijiniam kraujospūdžiui, peristaltikai, diurezei, šarminių atsargų turiniui, cukraus lygio kraujyje sumažėjimui, indų endotelio regeneracijai, kraujo sudėtinėms dalims, jungiamajam bei kauliniam audiniams, tiroksino toksiškumo sumažėjimui.

Antra vertus, daugelis liaukų turinčios žymios įtakos audiniams pasisavinti askorbininę rūgštį.

Daug moksliškų patyrimų įgaliną prileisti, kad tolimesni tyrimai įrodysią C-vitamino įtaką organizmo atsparumui.

Žmogui, beždžionei ir jūros kiaulytei reikalingas askorbininės rūgšties kiekis pristatomas iš išorės, nes jų organizmai nesintezuoją C-vitamino. Suaugęs žmogus esąs reikalingas 40—60 mg askorbininės rūgšties per dieną, kūdikis — proporcingai daugiau kaip 20—25 mg, žinduolis — 8,15 mg. Stingant šito išlyginamojo priedo, įvykstančios tikros ir slaptos avitaminozės bei hipovitaminozės, pasireiškiančios ne kartą kliniškai, o galimos nustatyti vien tiktai cheminės analizės pagelba.

C-vitamino nepriteklius galįs atsirasti del jo stokos maiste, sumažėjusios absorbcijos ir padidėjusio pareikalavimo. Vitaminų nepritekliaus saikui nustatyti buvęs vartojamas C-vitamino lygio nustatymas. Tasai lygis svyruojąs tarp 0—18 mg litre, vidutiniškai 10—13 mg. Žemutine riba pripažinta 4 mg litre.

Harris ir Bay esą pasiūlę kitą metodę, glūdinčią per tam tikrą laiko tarpą išskirto C-vitamino kiekio nustatyme, davus didesnį davinį. Audinių prisisotinimą askorbinine rūgštimi nurodąs skirtumas tarp įvesto ir išskirto C-vitamino kiekio. C-vitamino nepriteklius 900 mg pripažįstamas normaliu, nuo 2.000 mg prasidedąs nepriteklius, o 5.000 mg rodą jau išsivyščiusį nepriteklių.

Askorbininė rūgštis esanti netoksiška, galinti būti duodama dideliais daviniais: vaikams — 25—100 mg per dieną, suaugusiems — 100—1.000 mg.

Naudingi esą mažesni daviniai, iki 300 mg. *J. St.*

35. Dr. Friedrich Wolter: **Die Entstehungsursachen der Hepatitis epidemica von kontagionistischen und von epidemiologischen Standpunkt.** (Hepatitis epidemica atsiradimo priežastys kontagiozišku ir epidemiologišku požiūriu) („Med. Welt." 1942 m. 36 nr.).

F. v. Bormann ir jo bendradarbiai („Med. Welt" 1941 m. 49 nr.) laikąsi šiandien vyraujančios kontagioziškos nuomonės, pagal kurią epidemijos kylančios iš atskirų susirgimų. Epideminį hepatitą sukeliąs kažkoks nežinomas virus'as, kuris inkubacijos stadijoje, t. y. dar prieš geltai pasireiškiant, vien rankos paspaudimu perduodamas kitam asmeniui. Reikią prileisti, kad pirmieji šitos epidemijos susirgimai atsirandą savaime; šitie pirmieji susirgimai, priešingai negu sporadiški epideminio hepatito atsitikimai, sukėlėjui biologiškai pakitus, duodą epidemiją. Epideminio hepatito antkrytis ligi šiol dar nėsąs žinomas. Taip pat nėsą aišku, nuo kurių veiksnių pareiną spėjamieji šito antkryčio biologiški pakitimai, del kurių įvykstąs epideminio hepatito išplitimas, kartojąsis tam tikrais laikotarpiais, kas 20—25 metai, ir smarkiausiai pasireiškiąs ru-

dens ir žiemos metu (matyti, esąs didesnis šituo metu antkryčio patogeniškumas).

Autoriui pavykę pasiekti didesnio aiškumo šituo epidemiologiniu klausimu, kai jis, sekdamas Pettenkofer'iu, epideminio hepatito pasirodymą vietos ir laiko atžvilgiu pradėjęs nagrinėti kartu su kitomis artimomis šito periodo epideminių susirgimų pasireiškimo formomis, k. a., Weil'io liga, dumbliniu drugiu (Schlammfieber), vandeniniu drugiu (Wasserfieber), lauko drugiu (Feldfieber). Autorius savo stebėjimus yra aprašęs savo darbe: „Hepatitis epidemica, morbus Weil ir kitos artimos ligos".

Šitame autoriaus darbe esą paliesti šie iki šiol dar neišspręsti klausimai: 1) pirmųjų susirgimų kilmė; 2) epideminių sričių apsirėžimas; 3) epideminio hepatito atsiradimas tuo pačiu metu — a) įvairiose atskirose epidemijos vietose, b) tolimose pasaulio vietose; 4) epidem. hepatito pasirodymas beveik išimtinai ankštose patalpose, kur esama susigrūdimo, pvz., kareivinėse (Militärkrankheit), mokyklose (Schulkrankheit); 5) ginčytinas epideminio hepatito infekcinis pobūdis.

Kadangi epidem. hepatitas labai dažnai pasireiškiąs cino dirbtuvėse (pvz., Wilhelmsburg'e), tai pradėta galvoti apie pramoninį nuodą. Tačiau, nepaisant toksikologiškų bandymų ir kliniškų stebėjimų, nepavykę dalyko išaiškinti. Bakteriologija turėtų padėti šitos ligos epidemiologijai išaiškinti.

Epidemiologijoje nuo seniai esama dviejų viena antrai priešingų nuomonių, aiškinančių epidemijų atsiradimą. Šitos nuomonės anksčiau buvo išreiškiamos žodžiais „miasma" ir „contagium", o dabar viena prieš antrą stovinčios Pettenkofer'io lokalistinė nuomonė (priklausomumas nuo vietos) ir Rob. Koch'o kontagioziška nuomonė.

Selander ir Holm laikąsi kontagioziškos nuomonės, kad epidem. hepatito pasirodymas vietos ir laiko atžvilgiu duodąs pagrindo manyti, kad tai esanti infekcinė liga, sukelta kažkurio virus'o, kuris jau prodrominėse stadijoje vien rankos paspaudimu esąs perduodamas kitam asmeniui. Prieš tokią pažiūrą autorius pateikia šiuos faktus:

1) Epidem. hepatito pasirodymas tuo pačiu metu toli viena nuo kitos esančiose ir kontakto neturinčiose vietose (Wilhelmsburg, Rottenburgsort, Hechthausen, Hamburg'o srities šiaurėje vienoje prieglaudoje ir kitose vietose).

2) Epidem. hepatito pasirodymas tuo pačiu metu Vokietijoje, Anglijoje ir Švedijoje (nuo 1930 m.).

3) Vietinis pasireiškimas su aiškiai lokalizuotais židiniais.

4) Palinkimas susirgti šita liga arti jūros esančiose derlingose žemumose ir dumblynais gausingose balotose srityse; priešingai, smiltėtose nederlingose aukštumose epidem. hepatitas beveik nepasitaikąs.

5) Ligos pasirodymo perijodiškumas, ypačiai vasarą ir rudenį (Švedijoje spalių—gruodžio mėn.).

Tiesiog prieš kontagioziską nuomonę kalba šie faktai:

1) Epidem. hepatitu užsikrėtimas per maisto produktus nėsąs įrodytas;

2) faktas, kad darbo vietovė ir profesija neturėjusios įtakos susirgimų dažnumui.

Patologoanatomiškai epidem. hepatitis nėsąs icterus catarrhalis, bet tam tikras kepenų parenchimos pakitimas, nuėjęs iki tol, kad visa eile atsitikimų buvęs rastas difūziškas kepenų parenchimos griuvimas su daugeliu mažų nekrozinių židinių ir ląstelių išbrinkimu. Eppinger tat apibūdinąs kaip tam tikrą ūminės kepenų atrofijos formą. Kitais atsitikimais Wessel'io buvęs rastas intersticinis hepatitas, kuris buvo palietęs visą kepenų parenchimą. Koch'o mokyklos atstovu epidem. hepatito priežastimi laikomas nežinomas virus'as. Tatai reikštų, kad šitie kepenų parenchimos pakitimai esą toksinės priežasties padarinys, t. y. del tam tikros intoksikacijos nežinomu virus'u.

Naujoji Pettenkofer'io mokykla tvirtina, kad epidem. hepatitą sukeliančios tam tikros dujinės, toksinės medžiagos, atsirandančios išnesveiko dirvožemio (siechhaften Boden). Meteorologinių veiksnių įtakoje kintąs žemės drėgnumas ir, dirvožemio drėgmei begaruojant, kartu su garais iš tokio liguisto dirvožemio išsiskirią tam tikrų specifinių dujų ar kitokių toksinių medžiagų, kurios, veikdamos kvėpuojamuosius organus, organizmo audinius, susargdinančios kepenų parenchimą. Nuo kalbamų medžiagų koncentracijos pareiną, ar hepatitas einąs su gelta (icterus'u) ar be geltos. Eppinger šitaip sako: „hepatitis icterica s. non icterica".

Priėmus šitą lokalistinę (nuo vietos dirvožemio savumų pareinančią) patogenezės teoriją, aiškėjančios židinių ir grupinių susirgimų priežastys, kaip tat esą pastebėta epideminio hepatito ir kitų panašių epideminių ligų (choleros, šiltinės, dizenterijos, difterijos, meningito, poliomyelito ir t. t.) atvejais. Židiniais ir grupėmis besireiškiančius susirgimus Virchow aiškinęs endemicitetu, kuris sudaręs klaidingą įspūdį, jog liga pernešama nuo vieno asmens kitam. Tat jis esąs priėmęs net dėmėtosios šiltinės atžvilgiu.

Pasak Virchow'o, stiprių oro permainų įtakoje endemija galinti virsti epidemija. Laikantis Sydenham'o-Pettenkofer'io nuomonės apie epidemijų atsiradimo priklausomumą nuo vietos ir laiko sąlygos, išeitų, kad epidemijos ir pandemijos esančios tik paprastas, natūralus gamtos įvykis, pareinąs nuo meteorologinių ir su žeme susijusių klimatinio pobūdžio veiksnių sutapimo. Tatai pastebima visų epideminio susirgimo formų, taigi, ir epideminio hepatito atsitikimais. Už tai kalbą šie faktai:

1. Hepatitis epidemica pasirodąs visame žemės rutulyje, neišskiriant net poliarinių sričių. Epidemijų esą aprašyta iš visų pasaulio dalių. Jos ypatingai pasireiškusios vidutinėse šiaurės pusrutulio zonose. Anglijoje šita liga pasitaikanti labai dažnai. Po didžiojo karo Šiaur. Amerikoje pasirodžiusios epidemijos labai išplitusios. Tuo pačiu metu centrinėje Europoje žymiai pagausėję sporadiški susirgimai. Po to abiejose pasaulio dalyse susirgimų skaičius labai sumažėjęs. Labai dažnai esą pasitaikę epideminių hepatitų 1924—1925 metais Skandinavijos kraštuose, kurie dabartiniais duomenimis buvę labiausiai paliesti. Švedijoje, kur šita liga buvo registruojama nuo 1932 m., kasmet buvę priskaitoma nuo 1.150 iki 1.350 susirgimų, kas, žinoma, sudaro tik nežymią bendro susirgimų skaičiaus dalį. Del ligos gerybiškumo lengvesnieji jos atsitikimai gydytojams nepavykdavę nustatyti ir del to, galimas daiktas, labai didelė lengvų atsitikimų dalis nebuvusi diagnozuota.

2. Pietų kraštuose epidem. hepatitas pasireiškiąs rudens ir žiemos mėnesiais, kas pas mus atitinka pavasarį ir vasarą. Tais laikotarpiais siaučiančios ir kitos epideminės ligos, pvz., myalgia epidemica (de Rudder) ir poliomyelitis (Levaditi). Epidemijų istorija rodanti, kad pereinamieji klimato svyravimų periodai ypatingai pasižymėję epidemijų bei naujų epidemijų atsiradimu, o taip pat naujų ligų pasirodymu bei naujų epideminio susirgimo formų susidarymu. Mes matome, kad epideminio hepatito pasirodymas dabartiniu laikotarpiu tai patvirtinąs, nes epideminio hepatito pasirodymas nuo 1924, o ypač nuo 1930 metų kaip tik atitinkąs pereinamąjį klimato svyravimų perijodą iš praeitų 200 metų į ateinančius 1930—2130.

3. Epideminis hepatitas daugiausia pasireiškiąs karo metu. Tatai ir dabartinio karo metu esą pastebėta. Kadangi kariuomenės daliniai laukuose, ypač poziciniame kare, yra išstatyti nesveiko (siechhaft) dirvožemio įtakai, kas ypač juntama ankštose kariuomenės dalinių gyvenamose vietose, apkasuose ir kitose perpildytose būstinėse su nepakankama ventiliacija. Epidem. hepatitas Selander'io esąs laikomas tipiška karių liga. Didžiojo karo metu įvairiuose frontuose buvę tūkstančiai šitos ligos atsitikimų. Francūzai šitą ligą vadiną „jaunisse des champs". Kariuomenėje ji buvusi pastebėta ir taikos metu.

Toliau autorius sako, kad, atlikdamas Pettenkofer'io nurodytus tyrinėjimus, priėjęs šių išvadų:

1) Epideminis hepatitas, Weil'io liga ir kitos joms artimos ligos, k. a., dumblinis drugys (Schlammfieber), lauko drugys (Feldfieber arba Erntefieber) ir epidem. vandeninis drugys (Wasserfieber), esančios perijodiškai atsirandančio epideminio susirgimo formos, pareinančios nuo klimato ir vietos dirvožemio savumų.

2) Šitie epideminiai susirgimai atsirandą daugiausia del ypatingo dirvožemio vandeningumo ir tereno pelkėtumo.

3) Del vykstančio tam tikro rūgimo proceso iš tokio nesveiko dirvožemio kylančios dujos ir kitokios specifiškos toksinės medžiagos, sukeliančios epideminį hepatitą. Tokioje vietoje susidarančios sąlygos epidemijai atsirasti.

4) Jų periodiškumas pareinąs nuo metereologinių veiksnių įtakos ir jų veikimo dirvožemio drėgnumui. Jų perijodiškumas atitinkąs klimato svyravimų perijodiškumą. Klimatiniai svyravimai tokiose žemės srityse (Brückner) sinchroniškai einą su paviršutinio ir požeminio vandens pakilimais ir nusileidimais. Požeminis vanduo esąs ne tiktai dirvožemio drėgnumo, bet ir svarbaus viso žemės rutulio klimatinio pakitimo išraiška. Barometrinis svyravimas esąs svarbus momentas epidemijai išsiplėsti. Barometrinis neramumas požeminio vandens stovio maximum'o ir minimum'o metu esąs visų didžiausias. Tuo pačiu metu ir žemės dujų apykaita (Bodenatmung) esanti intensyviausia. Tada kylančios žemės dujos (Bodengase) į artimiausius oro sluogsnius, kurių viršutinė riba (Geiger) esanti 2½ metro nuo žemės paviršiaus. Tatai savotiškai veikią žmogaus organizmą. Šitas veikimas žymiai sustiprėjąs, kai tenka gyventi ankštose patalpose ir kitokiose susigrūdimo vietose, k. a.: kareivinėse, mokyklose, stovyklose ir t. t.

5) Epideminio hepatito patogenezė siejama su cheminiu procesu, vykstančiu nesveikame dirvožemyje. Tam tikrais laiko perijodais pagal rūgimo proceso rūšį atsipalaiduojančios iš dirvožemio toksiškos, dujinės medžiagos, kurios, veikdamos žmogaus organizmą, vedančios prie kepenų parenchimos žalojimo. Patologoanatomiškai tatai esą įrodyta. Nuo iš dirvožemio išsiskiriančių medžiagų koncentracijos pareinąs ir kliniškas ligos vaizdas: hepatitas be geltos, su lengva gelta, o kartais ir ūminė kepenų atrofija.

6) Dirvožemyje vykstančio chemiško proceso pagamintosios specifiškos dujos sudarančios pirmines ligos priežastis. Weil'io ir kitų ligų atvejais esą pastebėta ir mikrobiologiško pasireiškimo formų (Leptospiren, Spirocheten), tačiau tat čia jos vaidinančios tik antrinį vaidmenį: jos esančios ne ligos sukėlėjai, o tik dalinis specifiškas simptomas.

7) Šitos specifiškos dujinės, toksinės ligos priežastys galinčios būti perneštos iš vienos vietos į kitą.

8) Ligos priežasčių endemiškumas (kas, pasak Virchow'o, tinkąs ir dėmėtajai šiltinei) simuliuojąs ligos pernešimą nuo vieno asmens kitam. Ligos infekciškumas, kaip klaidingai įrodytas, esąs labai ginčytinas klausimas.

9) Tiek kitose ligose, tiek ir epidem. hepatite siekiant profilaktikos, esąs reikalingas švaros palaikymas dirvožemyje, — balotų vietų ir dumblynų sausinimas.

Baigdamas straipsnį autorius išsireiškia, kad epideminis hepatitas neturįs infekcinės ligos pobūdžio, o tik pavaizduojąs komplikuotą gamtos fenomeną, kuris paprastomis teorijomis, kaip, pvz., kontaktinė teorija, nėsąs išaiškinamas, nes tat pareiną nuo didesnių telūrinio ir klimatinio pobūdžio veiksnių. *J. Dičpinigaitis.*

36. F. v. Bormann, R.-E. Bader, H. Deines, G. Fischer, K. Unholtz, Fr. Batt - Lehmann: **Die Hepatitis epidemica (Epidemische Gelbsucht 1936/39).** („Med. Welt." 1941 m. 49 nr.).

Nuo 1937—38 metų rudens ir žiemos Heidelberg'e ir jo apylinkėje pagausėję ikterinių susirgimų, ypač vaikų amžiuje. Ir kitose Vokietijos

vietose pastebėta geltligės susirgimų. Kitų šalių autoriai paskelbė, kad jų kraštuose taip pat pasirodę geltligės susirgimų. (Bloch 1933 m. yra aprašęs Šveicarijos susirgimus, Andersen 1933—34 m. — Danijoje, Montford, Beauchamp, Bates, Frazer ir kt. 1933—34 m. —Anglijoje, Den Hartog 1937 m.—Olandijoje, Carmena 1938 m.— Ispanijoje, Kienast 1938 m.—Estijoje, Yenikomishian ir Denis 1935—38 m. — Syrijoje).

Epidemiologinė ir kliniška šitos ligos laikysena rodanti, kad čia kalba einanti apie hepatitis epidemica. Eppinger'io mokyklos atstovaujama nuomonė, kad hepatitis epidemica nėsanti infekcinė sui generis liga, reikią atmesti, nes tokia nuomonė prieštaraujanti visiems epidemiologiniams šitos ligos patyrimams.

Ligos vaizdas žinomas. Inkubacija trunka nuo 13 dienų iki 4 savaičių. Prodrominėje stadijoje pastebima silpnumas, apetito trūkumas, bloga savijauta. Toliau ligos pradžioje būna kartais šalčio krėtimas, mažas temperatūros pakilimas; vėmimas ir viduriavimas dažni. Ligoniai skundžiasi pilvo skausmais, pas vaikus jie lokalizuoti kepenų srityje. Ikterinio nusidažymo intensyvumas yra labai įvairus. Geltai pasirodžius, karštis krinta ir ligonio savijauta gerėja. Daugeliu atsitikimų pastebėtas bendrinis pruritus. Liga trunka nuo kelių dienų iki kelių mėnesių, dažniausiai tarp 10 ir 14 dienų. Labai dažnai pasitaiko abortyvinių formų — menkas šleikštulys ir nedidelis kepenų skausmingumas apibūdina tokią formą. Prognozė beveik visada gera, nors vienam autoriui tekę matyti iš epideminio hepatito išsivysčiusią ūminę kepenų atrofiją. Pažymėtinas epideminio hepatito palinkimas plėstis. Tokios epidemijos pasitaiko kovojančiųjų kariuomenių tarpe karo metu. Šiaip epideminis hepatitas kartojasi kas 20—25 metai. Daugiausia sergama rudenį, žiemą; pavasarį epidemija baigiasi.

Visi gydytojai, stebėję šituos susirgimus, buvę nuomonės, kad hepatitis epidemica esanti užkrečiama liga. Autoriai, laikydamiesi šitos nuomonės, gavę aiškiai įsitikinti jos teisingumu, kai iš 27 mokyklinio amžiaus vaikų susirgę 2, grįžę iš atostogų, kur tuo metu būta epideminio hepatito epidemijos. Po 13—16 dienų susirgę kiti du tipišku epideminiu hepatitu. ⅔ šitų vaikų persirgę abortyvine šitos ligos formą. Taigi, hepatitis epidemica, autorių nuomone, esanti be abejojimo užkrečiama liga. Užkrečiamumas nėsąs didelis. Morbiditetas vaikų iki 15 metų amžiaus tarpe esąs 10,6—26%. Daugelyje šeimų, turinčių daug vaikų, dažnai susirgdavęs tik vienas vaikas. Liga plečiantisi ir pernešama tiesioginiu kontaktu. Ligą pernešąs žmogus. Rekonvalescentai ir esantieji inkubacijos periode taip pat galį pernešti ligą. Persirgta liga paliekanti imunitetą.

Sekant hepatito epidemiologiją, esą galima prieiti iki pirmo atsitikimo, iš kur prasidėjusi epidemija. Kyla klausimas, iš kur pasirodęs šitas pirmas atsitikimas ir kodėl iš jo prasidėjusi epidemija. Epidemijos priežasties ieškotina sukėlėjo biologijos pasikeitime. Ne epidemijos metu sukėlėjo patogeniškumas, matyti, esąs sumenkėjęs ir negalįs sukelti epidemijos. Dėl nežinomų priežasčių sukėlėjas pradedąs daugintis, vykstąs latentinis apsikrėtimas, rodąsi atskiri susirgimai ir, pagaliau, epidemija. Epidemijos kylančios del sukėlėjo epidemiškumo svyravimo. Daugelis autorių (Kathe, Findlay ir kt., Holm) laikąsi nuomonės, kad epideminį hepatitą sukeliąs kažkoks virus'as.

Autoriai siūlo įvesti privalomą epideminio hepatito pranešinėjimą valdžios gydytojams. *V. Insoda.*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

8. Wenner a. Joël: **Stilbestrol'io ir anhydro-oxyprogesteron'o įtaka menstruacijai ir laktacijai.** („Lancet." 1939 m. 2 nr.).

Autoriai sako, kad, nors visi tyrinėtojai sutinka, jog esama panašumo tarp stilbestrol'io ir estrogeninio hormono savumų, tačiau nuolat pabrė-

žiamas neišspręstas jų dozavimo klausimas. Autoriai norėję išsiaiškinti: 1) kuris minimalus davinys reikalingas „besilsinčio“ ar atrofinio endometrium'o proliferacijai sukelti, 2) kuris davinys reikalingas hiperproliferacijai atsirasti ir 3) kuris davinys galįs sulaikyti laktaciją puerperium'o metu (kalbant apie hiperproliferaciją, turima galvoje glandularinė cistinė hiperplazija). Tuo pačiu metu jie mėgino patikrinti corpus luteum hormono (anhydro-oxy-progesteron'o) oralinį davinį, kuris galėtų sukelti endometrium'o transformacijos stadiją su po to einančia menstruacija. Autoriai stebėję stilbestrol'io bei anhydro-oxyprogesteron'o įtaką endometrium'ui vienos moters, kuri susilaukė klimakterium'o 13 metų anksčiau, negu normaliai, o taip pat aštuonių moterų, kurios buvo rentgeno pagalba kastruotos už trejų metų prieš susilaukiant 45 metus amžiaus. Kiekvienai moteriai buvusios padarytos 3 abrazijos: vienai — prieš pradedant gydymą, antrai — po gydymo stilbestrol'iu ir trečiai — po gydymo anhydro-oxyprogesteron'u. Jie pastebėjo, kad, norint sukelti „besilsinčio“ ar atrofinio endometrium'o proliferaciją, reikią duoti 25 mg. stilbestrol'io per os ar 15 mg intraraumeninės injekcijos pavidalu. Jei intramuskulariai duodama nuo 50 iki 60 mg stilbestrol'io, tai gali būti sukelta glanduliarinė cistinė hiperplazija. Transformacijos stadija ir po to einanti menstruacija galinti būti sukelta duodant nuo 220 iki 300 mg anhydro-oxyprogesteron'o per os. Tik dviem atvejais stilbestrol'io priiminėjimas sukėlęs lengvus antrinius reiškinius, bet ir šie greit pranykę. Antroje šito pranešimo dalyje autoriai aprašo savo studijas apie stilbestrol'io įtaką laktacijai. Kadangi keletas tyrinėtojų yra turėję pasisekimo sulaikant laktaciją su estrogeninio hormono pagalba, autoriai nusprendė panaudoti stilbestrol'į tam pačiam tikslui. Šešiais atvejais buvęs pavartotas stilbestrol'is pirmą dieną po gimdymo, kad būtų sulaikyta pieno sekrecija (keturiais atvejais — pagimdžius negyvus kūdikius, vienu atveju — del tuberkuliozės ir vienu — del mammilla invertita). Trimis atvejais buvusi duota viena tabletė (5 mg) ir kitais trimis atvejais 2 tabletės (10 mg). Gydymas buvęs sėkmingas visais minėtais atvejais — pieno nė kiek neišsiskyrę ir krūtys pasilikusios vangios.

Keturiolikai pacienčių stilbestrol'is buvo duotas sulaikyti prasidėjusiai laktacijai, esant indikacijomis kraujuojančioms fisūroms, hipogalaktijai, mastitui, krūčių ekzemai ir tuberkuliozei. Pastebėta, kad norint sulaikyti laktaciją paprastai pakanką nuo 5 iki 10 mg stilbestrol'io, bet kartais prireikią didesnių davinių (bet ne didesnių kaip 20 mg). Visos moterys stilbestrol'į priimdavusios be sunkumų ir jokių antrinių reiškinių nuo jo nepastebėta.

Kazys Paltanavičius.

ODONTOLOGIJA.

1. Prof. Dr. F. Kostečka (Prag): **Fokalinfektion und Amputation der Wurzelspitze.** (Židininė infekcija ir šaknies rezekcija). („Zahnärztl. Rundsch.“ 1941 m. 5 nr.).

Autorius iškelia sąsyjį tarp infekcinių židinių, esančių danties šaknies aplinkumoje, ir pasitaikančių kitų organų susirgimų. Periapikalinių židinių terapija gali būti pritaikyta trejopu būdu:

1. Konservatiškas gydymas, kada, dezinfekavus kanalą ir šaknies viršūnės aplinką, užpildomi kanalas ir dantis atitinkamomis masėmis.
2. Šaknies viršūnės amputacija ir infekcinio židinio ekskochleacija.
3. Pašalinant dantį ir per alveolę išgramdant granuliacinį židinį.

Kada ligonio stovis yra sunkesnis ir reikalaujama greito infekcinio židinio pašalinimo, tada įtartinieji dantys šalinami.

Konservatiškas, kaip mažiau patikimas tokiuo atveju būdas, taikomas rečiau.

Užtat šaknies viršūnės amputacija židininės infekcijos atžvilgiu del savo radikalumo buvo gretinama su danties pašalinimu. Bet autorius susidūręs su nemaža židininės infekcijos atsitikimų, kur buvo daroma

šaknies rezekcija, tuo tarpu negaunant jokio teigiamo rezultato. Autorius ir kiti, kaip, pvz., Adloff, Stein, mano, kad šaknies rezekcijos sėkmingumas pareinąs ne vien nuo lege artis padarytos operacijos, bet, svarbiausia, nuo šaknies paruošimo ir jos kanalo užpildymo. O kadangi ligi šiol tikro būdo infekuotiems dantims gydyti beveik nėra, tai autorius ir šaknies rezekcijų sėkmingumu abejoja.

Autorius aprašo savo tris ryškius pavyzdžius minėtai nuomonei pagrįsti:

1. Ligonis, 17 metų amž., serga sąnarių reumatu. Temperatūra, sąnarių skausmai. Pašalinus tonsiles, tik trumpalaikis stovio pagerėjimas. Vienerius metus laiko gydosi, bet nesėkmingai. Dantų klinikoje ištyrus nustatyta: 6 devitalizuoti — negyvi dantys. Nuotraukose matyti maži prie penkių dantų šaknų srityse pakitimai. Šitie dantys pašalinami, o vienas, būtent |3 d., nerodant nuotraukai jokių patologiškų pakitimų, paliekamas. Visame sukandime vienas negyvas dantis! Imamasi ruoštis rezekcijai, bet kiekvienu kartu po kanalo dezinfekavimo, uždarius provizoriškai dantį, atsirasdavo bendras stovio pablogėjimas. Pakildavo temperatūra, padidėdavo skausmai sąnariuose. Pagaliau kanalai užpildomi jodoforminiu cementu ir amputuojama šaknis. Rasta granuliacinio audinio. Žaizda sugyja per primam. Vienerius metus pacientas sveikas. Po to vėl pirmykščiai ligos reiškiniai. Nenustatant kitos ligos priežasties, nors rezekuotojo danties srityje ir nuotrauka nieko patologiško nerodo, dantis pašalinamas. Paimta iš amputuotosios šaknies aplinkumos bakteriologiškam tyrimui medžiaga ir kultūra parodė streptokokus. Penkeriems metams praslinkus, ligonis nesiskundžia. Iš šito pavyzdžio autorius daro išvadą, kad |3 danties amputacija nėra tolygi jo ekstrakcijai.

2. Ligonė, 35 metų amž., jau dvejus metus jaučia bendrą silpnumą, kojų, rankų ir galvos skausmus, temperatūra 37—38°. Padarius įvairius tyrimus, be židininės infekcijos, nieko įtartino nerasta. Turi būti negyvas dantis. Du iš jų pašalinami,nors rentgenas nieko patologiško nerodė. Trečiam 4| d. nutarta daryti rezekcija, nes jo viršūnės srityje matoma šiokia tokia rezorbcija. Atitinkamai paruošus abudu kanalus, daroma rezekcija. Žaizda sugijo per primam ir po dešimties dienų ligonė jau turi žymų bendrinio stovio pagerėjimą. Vienerius metus laiko jautėsi visai sveika, bet paskui sirgusi stipria gripo forma ir po to grįžę visi pirmykščiai negalavimai: galvos ir sąnarių skausmai, temperatūra ir bendras silpnumas. Nepadėjo nė kalnų sanatorija. Autorius, vėl susidūręs su ta ligone, apžiūrėjęs burnos stovį ir, nors neradęs jokių pakitimų nei amputuotosios šaknies srityje, nei ties kitais dantimis (kiti dantys buvo vitalūs), nutaręs tą dantį šalinti. Ir šituo atsitikimu bakteriologiškai tiriant ekskochleuotoji medžiaga parodė streptokokinę infekciją. Po mėnesio laiko ligonė pasveiko ir po penkerių metų stovis buvęs be nusiskundimų.

Čia ir vėl autorius išveda, kad šaknies amputacija, nors ir lege artis atlikta, veikia ne taip, kaip danties pašalinimas.

3. Ligonė 36 metų. Stinga penkių dantų. Penkiolika dantų negyvų. Dauguma iš jų turi periapikalinius židinius. Šeši dantys naujai pergydomi, o devyniems, atitinkamai paruošus, padaroma šaknų rezekcija. Stingami dantys atstatomi protezėmis.

Ketverius metus ligonė jautėsi gerai; paskui sirgo gripu ir po to pradėjo laikas nuo laiko skaudėti viršutinį, ypač kairįjį žadikaulį. Prisidėjo skausmai akių ir nosies, iš kurių pasirodydavo pūlingas sekretas. Po metų nesėkmingo gydymosi pasirodė tipiški židininės infekcijos reiškiniai: apetito stoka, bendrinis silpnumas, ypač rytais ir pakilusi temperatūra. Į galą prisidėjo ir sąnarių skausmai. Pradėjus iš naujo tirti burnos stovį rentgenologiškai nustatyta, kad prie viršutinio penktojo danties yra radikuliarinė cista. Pašalinus dantį ir padarius cistotomia,

pasirodė gausiai dvokiančių pūlių. Jau po keleto cistinio tuštymo išplovimų ligonė pasijuto žymiai pagerėjusi, bet tik vienai savaitei. Greitu laiku bendras stovis pradėjo žymiai blogėti. Nebesikėlė iš lovos. Pašalinti visi negyvi dantys, kuriems nebuvo daryta rezekcija. Į šitą intervenciją reagavo sveikatos pablogėjimu, bet po savaitės jautėsi žymiai geriau ir per dvi savaites priaugo net 1½ kg svorio. Bet praėjus kelioms savaitėms vėl grįžo pirmykštis stovis su visais negalavimais. Nutarta šalinti dantys, kuriems buvo daryta šaknų rezekcija. Gautas ryškus efektas jau po keturiolikos dienų. Liovėsi skaudėję raumenys, temperatūros nebebuvo.

Autorius padarė 20 amputuotų dantų šaknų bakteriologiškus tyrimus. Visų dantų šaknys prieš rezekciją buvo anksčiau gerai dezinfekuotos ir užpildytos cementu su jodoformu. Tyrimai buvo daryti po amputacijos praėjus nuo 8 mėnesių ligi 6 metų. Rentgenologiškai tie dantys nerodė jokių pakitimų, kliniškai jokių nusiskundimų.

Patį tyrimą autorius atlieka šiaip:

Panašiai kaip ir šaknies rezekcijos atveju, padarius anesteziją, gingyviniu pjūviu prieinama į periapikalinę sritį, saugant, kad ten nepatektų kraujo ir griežtai laikantis aseptikos. Kaikuriais atvejais, atklojus periostą, tuojau matomas amputuotąją viršūnę dengiąs jungiamasis audinys. Kaikada būdavo po periostu jau plona kaulinė sienelė. Šitą jungiamąjį audinį ir imdavo autorius bakterijologiškai tirti. Žaizda išdezinfekuota užsiuvama. Dažniausiai išaugdavę streptokokų. 25% amputuotos šaknies aplinka rasta sterilė ir 75% infekuota, kur rezekcija buvo padaryta nuo 2 mėnesių ligi 6 metų.

Šituos duomenis autorius mėgina įvairiai aiškinti. Mikroorganizmų galį likti po operacijos. Organizmui del kurios nors priežasties nustojus atsparumo, mikroorganizmų veikimas aktyvėjąs; arba į šitą vietą kaip į locus minoris resistentiae, susirgus gripu ar kuria kita liga, infekcija atnešama kraujo.

Šaknies viršūnės rezekcija esąs galutinis šaknies gydymas. Gydymo pasisekimas pareinąs nuo anatominių sąlygų, nuo infekcijos virulentingumo ir rūšies, nuo organizmo reagavimo ir atsparumo, o pagaliau ir nuo sugebėjimo atlikti tą darbą. Kad ir esant židininei infekcijai, neretai šaknies rezekcija duoda visai teigiamų padarinių, nors iš anksto del minėtų tyrimo duomenų reikia laikytis rezervuotai.

A. Matulionienė.

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Kobros nuodai nepakeliamiems skausmams malšinti.**

Rutherford pavartojęs kobros nuodus septyniolikos pacientų, daugiausia sergančių vėlyvu vėžiu, nepakeliamiems skausmams palengvinti. Svarbu, kad šitas vaistas būtų švirkščiamas į raumenis, nes, vartojamas į paodį, galįs sukelti vietinį paraudimą ir jautrumą keletui dienų. Iš pradžių gydymas pradėtas įšvirkščiant 0,5 ccm. (2,5 pelės vienetų), o toliau sekę kasdieniniai švirkštimai po 1 ccm (po 5 pelės vienetus). Vėliau autorius stengęsis nustatyti pradinį davinį, atsižvelgiant į pacientą, pradėdamas kai kuriais atvejais net su 2 ar 3 ccm (10 ar 15 pelės vienetų) ir tęsdamas tokį dozavimą keturias ar šešias dienas, arba kol buvo pasiektas visiškas skausmų pašalinimas. Aštuoni iš septyniolikos pacientų (46%) sakęsi visiškai pagiję nuo skausmų; keturi (24%) — pareiškę, kad palengvėjimas buvęs lygus 75—95%; trys (18%) —apskaičiavę palengvėjimą nuo šitų vaistų esant lygų 50—75%; tik dviem pacientams atrodę, kad palengvėjimas galįs būti mažesnis kaip 50%. Kitais žodžiais, beveik 50% pacientų visiškai atsipalaidavę nuo skausmų, o 88% pacientų palengvėjimas buvęs lygus 50% ar daugau. Kai pacientas į vaistus reaguoja, tai paprastai trečią ar ketvirtą dieną, nepaisant pavartoto kiekio, o visiškas reagavimas pasiekiamas 6-tą ar 7-tą dieną.

Dauguma pacientų gaudavę palengvėjimą jau nuo vienos ampulės, švirkščiamos kas antra diena ar kasdien, nors keli reikalavę dviejų ar trijų ampulių kasdien. Pašalinių reakcijų nepastebėta, ir taip pat nebuvę matyti, kad didesni vaisto daviniai būtų buvę reikalingi. Vaistas atrodė veikiąs skausmą, neatsižvelgiant į tai, kokios jis būtų etiologijos. Kai kurie pacientai galėję grįžti prie savo darbo ir pasidarę vėl darbingi. Tais atvejais, kur vaistai padėję tik iš dalies, vis delto jie padarę puikią bazalinę analgeziją, kuri galinti būti papildyta kitais analgetikais, prie kurių negalima priprasti. Tat padedą išvengti morfinizmo pavojaus bei didėjančios opiatų tolerancijos. Tiems pacientams, kuriems šitas vaistas nepadeda, tenką duoti intratekalinės alkoholio injekcijos arba daryti chordotomija.

Kadangi kobros nuodai galį būti patogiai paties paciento vartojami gydymuisi, tai jie esą patogi priemonė ambulatoriškai gydytis. Taip pat nėsą pavojaus prie šito vaisto priprasti bei nusinuodyti. („New Engl. J. of Med.", Boston, 1939 m. 221 nr.). *Kazys Paltanavičius.*

× **Mammographia — pieno takų tyrimas rentgenu, naudojant kontrastines medžiagas.**

N o g u é s ir G a z o t t i rentgenu tyrę pieno takus (t. y. atlikę mammografiją) devynioms moterims. Jie naudoję H i c k e n s'o techniką, kuri buvo paskelbta 1937 metais. Tyrimui buvusi injekuojama į pieno takus kontrastinė medžiaga prieš pat švitinant rentgenu. Autoriai pavartoję tam 30% sol. thorii dioxyd. Gautus rezultatus autoriai smulkiai aprašė ir pridėjo rentgeno nuotraukas, vaizduojančias pieno takus normaliomis sąlygomis, laktacijos metu ir esant krūties ar intralatakėliniams augliams, taigi, išsiskiriant baltam arba geltonam ar kraujuotam turiniui iš krūčių spenelių. Autoriai sako, kad šitas tyrimas esąs nežalingas, kai jis atliekamas su tinkama technika. Šita metodė turinti atitinkamas indikacijas: 1) pieno takų uždegimui ir intralatakėliniams augliams nustatyti, 2) diagnozuoti, ar kraujavimas iš spenelių yra intra latakėlinių auglių ar ne auglių kilmės, 3) nustatyti diferencinei diagnozei išsiskiriančio balto ar geltono turinio iš krūčių spenelių.

Autoriai pastebėję, kad pieno takai, kuriuose yra auglys (papilloma ar carcinoma), mammogramas duodą su šešėliais, rodančiais ampularines dilatacijas ir lakūnarinį vaizdą. Auglių pobūdis, t. y., ar gerybinis ar piktybinis, negalįs būti diagnozuojamas iš mammogramos. Kliniškai intralatakėlinė papilloma pasireiškianti kraujuojančiais speneliais. Rentgeno vaizdai įvairiomis sąlygomis esą įvairūs. Apskritai mammogramos duodančios šešėlius, rodančius daugiau ar mažiau intensyvias į procesą įtrauktų takų dilatacijas arba jų retrakcijas, pseudotuštumus ir kt. Diagnozuojant gretalatakėlinius auglius, neįtraukusius duktalinės sistemos, mammografija turinti antraeilės vertės. Padėtis, forma ir auglių skaičius galį būti išaiškinti iš gretimų auglių deformuotų pieno takų. Krūčių vėžys galįs būti įtartas iš mammogramos, kuri rodo pieno takų deformaciją ir takų išsišakojimų destrukciją, kai jie paliečia kraštą auglio, kuris yra matomas kaip tamsus šešėlis, absorbuojąs takų išsišakojimus. („Rev. Méd. Latino-Americana", Buenos Aires, 1939 m., 24 nr.). *Kazys Paltanavičius.*

× **Kapiliarų struktūra šizofrenijoje.**

1.100-to šizofrenija sergančių asmenų odos kapiliarų struktūra O l k o n'o buvo tyrinėta ir palyginta su sveikų žmonių kapiliarų struktūra. Šizofrenijos atvejais odos kapiliarai stebėtinai iškrypę, sumažėję skaičiumi, mažų kablelių formos, balsvesnės spalvos, nelygaus dydžio, be to, labai įvairios formos — spiraliniai, žvaigždėti, plaukų segtukų ir ameboidinės, su pseudopodijomis, formos. Be to, kraujo tekėjimas kapiliarais buvęs retai kada vienodas — kartais buvęs greitesnis, kartais lėtesnis, o kai kada normalus; retkarčiais susitraukimai ir išsiplėtimai

būdavę labai netaisyklingi. Kitas stebėtinas bruožas buvęs tarp sujaudintų šizofrenikų dažnai pasitaikanti kapiliarinė hemografija. Ilgai užtrukusios hebefrenijos atsitikimais kapiliarų retumas buvęs daugiausia pastebėtas požymis šalia jau minėto kapiliarų pavidalo keistumo. Šituos pakitimus turį tik šizofrenikai, o to paties amžiaus sveiki žmonės jų neturį. Iš stebėjimų aišku, kad, esant organiniams ir vegetatyviniams sutrikimams, esą žymūs sutrikimai kapiliaruose, kas galį būti patvirtinančiu įrodymu plačiai priimtai teorijai, jog šizofrenija esanti vegetatyvinis ir metabolinis sutrikimas. („Arch. of Neur. a. Psych.", Chicago, 1939 m., 42 nr.). *Kazys Paltanavičius.*

× **Prontosilio ir kitų dažomųjų medžiagų perėjimas iš kraujo apytakos į pleuros skysčius ir priešinga kryptimi.**

Bauer, pasirėmęs savo tyrimais, rašo, kad prontosil rubrum ir solubile, o taip pat trypanblau ir kongorot pereiną žymiai greičiau iš pleuros tuštimo į kraują, kaip kad iš kraujo į pleuros tuštimą. Priežastis, reikia manyti, esanti ta, kad koncentracijos nuotakumas pirmąja kryptimi del kraujo srovės visada išsilaikąs status, kai tuo tarpu del susikrovimo pleuros tuštime visada būnąs mažesnis. („Ztschr. exp. Med." 1941 m., 108 nr.). *Kazys Paltanavičius.*

× **Submandibuliarinių liaukų sialolithiasis'o gydymas.**

Insbruck'o univ-to chirurginėje klinikoje paskutiniais metais buvę gydomi 9 sialolithiasis'o atsitikimai. Visais atvejais buvęs daromas kanaliuko prapjovimas. Šitais atsitikimais po kanaliuko prapjovimo ir akmens pašalinimo buvęs pasiekiamas ilgalaikis nusiskundimų pranykimas. Trimis atsitikimais del recidyvų pasikartojimo buvusi padaryta liaukų ekstirpacija. Nuo operacijos atsiradę negeistinų reiškinių: sausumas burnoje ir liežuvio nejautrumas. Tat įvykstą del sužalojimo netoli minėtos liaukų esančio ganglion submaxillare, tikriau sakant n. lingualis, kuris, nepaisant rūpestingiausio preparavimo, esąs labai lengvai pažeidžiamas. To sunku išvengti del liaukos suaugimo su aplinkuma. Ar, panaudojus tinkamą operacijos metodę, šito pavojaus esą išvengiama, tuo tarpu dar negalima pasakyti. (F. Prietzel: „Med. Welt." 1942 m., 35 nr.). *J. Dičpinigaitis.*

× **Mergaičių gonorėjinio vulvovaginito hormoninis ir chemoterapinis gydymas.**

Peters Lena aprašo savo patyrimus su menformonu ir laiku pavartota reikalinga chemoterapija mergaičių gonorėjai gydyti. Iš 84 mergaičių 6 buvo gydytos intramuskuliniais menformono-Degewop švirkštimais ir gydymas baigtas, duodant per os folliculin-menformon-Degewop be vietinio ir su vietiniu gydymu, vartojant protargolį, albarginą, protargol-gelatiną arba flavidiną. Iš jų buvę 5 recidyvai. Kitais atsitikimais buvo vartojamas tik menformonas per os daviniais nuo 1.000 — 4.000 T. V. kiekvieną dieną. Kliniški reiškiniai pagerėję, tačiau tik viena pasveikusi, o tuo pačiu metu ir vietoje gydytų pasveikę 16-ka. 3-ys atsitikimai pasveikę, gydyti vien ulironu. 4-rios mergaitės pasveikusios, gydytos albucidu ir menformonu. Jokių hormoninio gydymo šalutinių reiškinių prieš pat brendimo amžių nebuvę stebėta. Tolimesni tyrinėjimai, praėjus 3½ metų po hormono vartojimo, nerodę jokių liguistų pakitimų, kurie būtų susiję su buvusiu gydymu. Chemoterapijai vartojant diseptal B, 3-ys atsitikimai komplikavęsi icterus'u, vienas — cyanoze; vartojant ulironą, vienas atsitikimas komplikavęsis urtikarija, 2-iem atsitikimais buvusios stebimos toksinės ekzantemos, ir albucidas sukėlęs vieną cyanozę.

Del hormoninės ir sulfamidinės terapijos autorė konstatuoja žymų ligos eigos sutrumpėjimą. Pasirėmusi šitais patyrimais, autorė pataria chemoterapinį ir vietinį gydymą, eventualiai kombinuojant su menformonu. („Derm. Woch." 1942 m., 115 t., 39 nr.). *J. Valatka.*

× **Niežų (scabies) gydymas ksilioliu.**

Apie ksiliolio (xylol) tepalą, kuris, kaip antiscabieticum vartojamas, literatūroje dažnai randama, bet apie gryno ksiliolio vartojimą kol kas, pasak autoriaus, jokių duomenų nėsą. Autorius aprašo 40 atsitikimų, sėkmingai pagydytų grynu ksilioliu. Jo siūloma metodė esanti šitokia: aptrinti odą po 2 kartu kasdien per 2-vi iš eilės dienas, prieš gydymą nedarant parengiamosios vonios, kuri tik ksilioliui sudirgina odą. Metodės pirmenybės: trumpumas, paprastumas, pigumas, baltinių neteršimas. Kai kuriais atvejais lengvas odos deginimas esąs trumpas ir tik šviežiai nudraskytų žaizdelių srityje. Autoriaus aprašyti niežų gydymo ksilioliu patyrimai siūlomi tik moterims. Vyrams del kietesnių odos savybių tenką daryti daug aptrynimų, tik tada atsiekiamas tikslas.

Vienintelis neigiamumas esąs tas, kad maži ksiliolio kiekiai, patekę vyrams ant kapšelio (scrotum) odos, nepakenčiamai deginą, tačiau galima tatai sušvelninti, sumaišius ksiliolį su 30% paraffinum liquidum.

Šitas gydymo būdas esąs kontraindikuotinas tais atvejais, kai nieżai komplikuoti odos dermatitu, arba, kai liga gydyta kitais medikamentais. („Derm. Wschr." 1942 m., 115 t., 35 nr.). *J. Valatka.*

× **Mėnesinės ir steriliškumas.**

Norėdami nustatyti santykį tarp moterų steriliškumo ir mėnesinių, Mikuda ir Horie sumini anksčiau tuo tikslu darytus stebėjimus ir aprašo savo gautus rezultatus, besekant ambulatorines pacientes, atsilankiusias į Kyoto universiteto akušerinę-ginekologinę kliniką. Jų tyrimo medžiaga gauta peržūrėjus keletą tūkstančių pacienčių. Jie pastebėję, kad sterilių moterų pirmosios mėnesinės dažniausiai prasidėdavusios 14 metų ir 11,5 mėn. amžiuje, t. y. tik vos truputį vėliau, negu apskritai esti japonėms moterims. Iš pirmo žvilgsnio atrodytų, kad tai prieštarauja pažiūrai, jog steriliškumas dažniau pasitaikąs moterims, kurių mėnesinės prasideda vėliau kaip kitoms. Tačiau smulkesnis tyrimas parodė, kad palyginti maža esą moterų, kurių mėnesinės prasideda pavėluotai. Grupuodami moteris pagal jų amžių, kuriame prasidėjo mėnesinės, ir apskaičiuodami, koks procentas yra kiekvienoje grupėje sterilių moterų, pastebėjo, kad steriliškumo skaičius esąs mažas moterims, kurioms mėnesinės prasidėjo jaunesniame amžiuje, ir skaičius didėjąs, juo mėnesinės prasidėjo vėliau. Steriliškumas ypač dažnai pasitaikąs moterims, kurioms mėnesinės prasideda vėliau kaip 17 metų amžiaus. („Japanes Journal of Obstetrics-Gynecology", Kyoto, 1939 m., 22 nr.). *Kazys Paltanavičius.*

× **Epiphysitis calcanei.**

Simon ir Williamson nurodo, kad vaikams, ypač berniukams, tarp 7,5 ir 17 metų amžiaus dažnai imančios skaudėti kulnys, kas verčia manyti, kad tai būną del atsiradusio epiphysitis calcanei. Peršvietus rentgenu, pastebimas epifizės linijų išretėjimas, suskilimas, susiaurėjimas ir netaisyklingumas, o vėliau padidėjęs sukalkėjimas. Susirgimas pats apsirėžiąs ir pagaliau pasveikimas įvykstąs spontaniškai, kai epifizės susijungia, t. y. apie 17 metų amžiaus. Šito susirgimo etiologija dar nėsanti aiški, bet jau žinoma, kad trauma turinti daug įtakos. Ir ne tik trauma, bet ir infekcija, mitybos sutrikimai, išsivystymo trūkumai, inervacijos sutrikimai bei endokrininės pusiausvyros stoka esą minimi, kaip šitos ligos kaltininkai. Gali būti, kad kombinacija kelių šitų veiksnių galinti sukelti šitą ligą. Be to, siūlosi logiška išvada, kad priežastys ne visada turinčios būti tos pačios. Sandalių, batų su guminiais padais nešiojimas ar net visiškas batų nenešiojimas turėję geros įtakos šita liga sergantiesiems. („Journal of Bone and Joint Surgery", Boston, 1939 m., 21 nr.). *Kazys Paltanavičius.*

Mediciniškasis sąmojis.

× Lopšinukas.

Gydytojas: — Kai šituos vaistus tamsta išgersi, tai miegosi kaip lopšinukas.

Ligonis (abejingai): — Arba tamsta blogo man linki, arba niekada lopšinuko nesi turėjęs!

× Tikra priemonė.

— Ar tamsta nežinai kokių vaistų nuo užsimiršimo?
— Tamsta priimk kasdien 3 kartus po porą šaukštelių ricinos.
— Ar tai padės?
— Taip. Tos dienos tamsta tikrai nepamirši.

× Radikalūs vaistai.

— Tavo žmona apmirė, kai atsisakei ją siųsti į Rivjerą. Ką gi tu padarei jai atgaivinti?
— Ogi atsisėdau ant jos naujos skrybelės.

× Įdėmus pacientas.

Gelčius atėjo pas dantų gydytoją. Pastarasis imasi už bormašinos.
— Vieną minutę, — sako Gelčius, — ar tai bus skausminga?
— Na, — atsako gydytojas, — jei tamsta ką-nors pajusi, tai juk galėsi mane įspėti.
— Taip, taip! — urzgia Gelčius. — Tokiu atveju tamstos interesais aš geriau nusiausiu batus.

× Nebereiks mirti.

Jis: — Ką darytum, jeigu šventėms tau padovanočiau šimtuką?
Ji: — Mirčiau iš džiaugsmo.
Jis: — Sveikink mane, aš išgelbėjau tavo gyvybę.

× Geri pietūs.

— Kaip gaila, ponas daktare, kad nepasilikote pas mus pietų. Tamstai labai būtų patikęs mano gaminimas.
— Pietūs ir be to man patiko. Vakar aš trims tamstos svečiams parašiau receptus.

× Kas kam rūpi...

— Tamstos dėdė pavojingai serga. Būkite viskam pasirengęs.
— Na, na, pone daktare, perdedi. Juk ir be manęs yra keli įpėdiniai...

× Jo nuomonė.

— Kiek tamstai, pone daktare, už danties ištraukimą?
— 10 markių, pone.
— Ir tai tamsta vadini danties ištraukimu be skausmo.

× Pratimai.

Plikis nulūžo ranką. Kai ranka vėl sugijo, gydytojas jam tarė:
— Kad geriau ir greičiau ranka galėtų dirbti, nuolat daryk pratimus. Pratimai, pratimai ir ranka bus tokia pat, kaip buvus.
Pasakęs, daktaras išėjo. Kambaryje liko tik šviesiaplaukė sesutė. Plikis paglostė jos skruostus.
— Ką tamsta darai? — sušuko ši išsigandusi.
— Pratimus, sesute, tik pratimus, — šypsodamasis pasiteisino Plikis.

Sp. „Varpas“ Kaune, Gedimino g. 38. Tel. 23023.